Rok XLI. Kraków, 21 Czerwca 1902. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca*).

Skreślił
Dr. Rudolf Brejter,
asystent kliniki.

Pierwszy Hecker w Niemczech zwrócił uwagę na wpływ ciąży na wady serca, opisując dokładnie dwa spostrzegane przypadki.

W roku 1871 okazuje się znana praca Spiegelberga: *„Ueber Complicationen des Puerperiums mit chronischen Herzkrankheiten"*, — która dała bodźca badaczom niemieckim, francuskim i angielskim do ściślejszych poszukiwań i wypowiedzenia swych zapatrywań. Spotykamy się tu z nazwiskami Fritscha, Löhleina, Ahlfelda, Berry-Harta, Macdonalda, Poraka, Petera, Winkla, — później występuje Leyden, Schlayer i cały szereg młodszych autorów, ogłaszających swe prace w tym kierunku, tak treści teoretycznej, jak i kazuistycznej, przyłączając się do zapatrywań i hipotez mniej lub więcej nadających się do wytłómaczenia przebiegu przypadków przez siebie spostrzeganych.

Przeglądając statystyki różnych autorów, mimowoli uderza nas niestosunek odsetka śmiertelności u pojedynczych autorów.

I tak, gdy jedni podają przypadki kończące się najczęściej śmiercią, — drudzy znowu przytaczają takie, kończące się przeważnie pomyślnie, choć nie brak i tu przypadków bardzo ciężkich. Również uderzyć nas musi, iż statystyki, pochodzące z klinik lub publicznych zakładów położniczych są nierównie lepsze pod względem zejścia, niż statystyki autorów czerpiących swój materyał z praktyki prywatnej, lub zakładów prywatnych.

A przecież zdawałoby się na pozór, iż stosunek powinien być wręcz przeciwny. W klinikach bowiem i w zakładach położniczych klientela rekrutuje się przeważnie z kobiet klas najniższych, zmuszonych ciężko pracować i wyniszczonych fizycznie; — powtóre kobiety te udają się do lekarza wtedy, gdy stan ich zdrowia już jest znacznie zagrożony.

Jess wyraża przypuszczenie, iż wprawdzie kobiety, szukające pomocy w klinikach, należą do klasy ciężko pracującej i żyjącej w warunkach niekorzystnych, — lecz właśnie dlatego u kobiet tych serce, przyzwyczajone do pracy większej — może łatwiej zadość uczynić zwiększonym wymaganiom. Może też przypuszczenie to jest i słuszne.

Przyczynę tej różnicy poglądów upatrywać należy w tem, iż w klinikach i zakładach położniczych z całego zgłaszającego się materyału rodzących i ciężarnych, przypadki z wadami serca, nawet choćby te nie manifestowały się najmniejszym objawem niedomogi, notowane są często w protokołach i służą za materyał do obliczeń statystycznych, podczas gdy przypadki z praktyki prywatnej, lub zakładów prywatnych są zwykle cięższe, gdyż do cięższych zwykle lekarza wzywają i bywają one opisywane jako przypadki kazuistyczne. Przypadki te nie mogą służyć absolutnie za podstawę obliczeń odsetkowych śmiertelności; — znacznie większa bowiem ilość przypadków lżejszych zostaje nieuwzględnioną zupełnie; po największej części osoby te rodzą bez pomocy lekarza.

Do jak zaś sprzecznych wyników dochodzi się, obliczając śmiertelność na podstawie w ten sposób zebranych przypadków i wyciągając z niej odpowiednie wnioski, — mogą posłużyć np. prace Wessnera. Autor ten, zebrawszy z piśmiennictwa pojedyncze przypadki kazuistyczne, znalazł na 77 przypadków 38 śmierci, t. j. 49·3% — podczas gdy ten sam autor, badając w klinice berneńskiej 25 przypadków ciąży, powikłanej wadami serca, znalazł śmiertelność wynoszącą zaledwie 4%. Skutek tego jest ten, iż tak pod względem terapii, jakoteż rokowania, niema jedności w poglądach — i często spotykamy się z wprost przeciwnemi zapatrywaniami autorów. I tak Spiegelberg, Berry-Hart, Peter, Schlayer rokują bezwzględnie źle i odradzają małżeństwo w każdym przypadku wady serca; Wessner, Winkel, Kleinwächter, Viney, Schneider, Müller, Schauta, nie widzą takiego niebezpieczeństwa; Fehling jest zdania, iż ciąża podobnie wpływa na serce chore, jak ruch, jaki wykonuje osobnik z wadą serca, idąc pod górę; nie brak również i umiarkowanych, jak Leyden, Jess, Jaworski i inni. Statystyka, którą zebrałem w klinice położniczo-ginekologicznej lwowskiej, rozciąga się na okres przeszło dwóch lat.

Statystykę z roku pierwszego i połowy drugiego oparłem na klinicznych historyach chorób, — przez pół roku zaś badałem sam wszystkie zgłaszające ciężarne i rodzące w kierunku wad serca i u tych starałem się śledzić wszystkie momenta ciąży, porodu i połogu, zwracając szczególniejszą uwagę na zachowanie się i zmiany w układzie krwionośnym. Chcąc zatem mieć pogląd na stosunek spostrzeganych wogóle przypadków wad serca, należy w ten sposób postępować przez pewien dłuższy czas. W tym celu, badając systematycznie przez $^1/_2$ roku wszystkie przypadki, szukające pomocy w klinice, znalazłem na 431 rodzących i ciężarnych, 19 z wadami serca. Nie od rzeczy będzie, jeżeli najpierw, nim przystąpię do szczegółowej statystyki naszej i porównam ją ze statystyką

*) Odczyt, wygłoszony dnia 2-go maja 1902 roku w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem.

innych autorów, roztrząsnę pytania przedwstępne, a mianowicie tyczące się przerostu mięśnia sercowego podczas ciąży, dalej wpływ ciąży, porodu i połogu na układ krwionośny w stanie fizyologicznym i wśród wad serca, — a po skreśleniu zapatrywań na te zagadnienia, przystąpię dopiero do statystyki szczegółowej i do terapii, zastósowanej w klinice lwowskiej.

Sprawa przerostu mięśnia sercowego podczas ciąży do dnia dzisiejszego nie jest wyjaśniona — i obraca się w świecie mniej lub więcej udatnych teoryj.

Larcher (1828) był pierwszy, który ten temat poruszył; według niego ściana lewego przedsionka zyskuje podczas ciąży $^1/_4$—$^1/_3$ swej grubości prawidłowej. Twierdzenie swoje popiera wynikami 130 sekcyj u położnic, zmarłych na zakażenie połogowe. Cały szereg autorów popiera wywody Larchera. Bolt i Duroiziez, mierząc i ważąc serca zmarłych ciężarnych i położnic, przychodzą do tych samych wyników; prawie wszyscy autorzy francuzcy z małymi wyjątkami są zwolennikami teoryi przerostu serca u ciężarnych, w myśl wywodów Larchera; — wielu badaczy przyjmuje jako dowód przerostu serca zwiększenie granic wypukowych podczas ciąży; — Doroiziez utrzymuje, iż można opukiwaniem stwierdzić przerost najprzód przedsionka lewego, który wcześniej występuje, następnie zaś prawego. Wielka część autorów niemieckich, angielskich i polskich, jak Spiegelberg, Macdonald, Charpentier, Peacock, w nowszych czasach Jaworski i Guérard przyjmują przerost serca podczas ciąży, — lecz nie w myśl Larchera, ale w znacznie mniejszym stopniu.

W nowszych czasach Dreysel na podstawie swych badań przychodzi do wniosku, iż na 1 klg. przybytku wagi ciała u ciężarnych wypada 0·44 grm. wagi serca. Müller zaś, uznając nieznaczne powiększenie serca u ciężarnych, nie kładzie go na karb zwiększonych oporów w krążeniu, czyli zwiększonej pracy serca podczas ciąży, lecz szuka przyczyny: *„in Massenzunahme des schwangeren Körpers überhaupt;“* ... — to jednak nie zgadza się z naszemi zapatrywaniami, gdyż mięsień sercowy, jak wogóle każdy mięsień, li tylko skutkiem zwiększonej pracy przerastać może.

Jednym z pierwszych przeciwników teoryi przerostu serca u ciężarnych był Fritsch, który doszedł do tego wniosku na mocy wyniku 14 sekcyj u położnic, u których nie był w możności wykazać ani przerostu mięśnia sercowego, ani nawet żadnych pozostałości zwyrodniałych, jakoto komórek stłuszczonych lub barwika.

Chcąc zaś dać wyraz swoim zapatrywaniom, użył wyrażenia Corvisarta: „aneurysma passivum“ i dodał jeszcze „minimum“, by w ten sposób uniknąć zarzutu, iż jest zwolennikiem rzeczywistego, choćby minimalnego przerostu mięśnia sercowego u ciężarnych. Löhlein na mocy materyału sekcyjnego, do którego używał li tylko zdrowe ciężarne, względnie rodzące, zmarłe skutkiem pęknięcia macicy, — również dochodzi do tych samych wyników i wprost zaprzecza istnieniu rzeczywistego przerostu serca w myśl Spiegelberga. Za Löhleinem poszli: Schlayer, Wessner, Lwoff, Fellner i cały szereg młodszych autorów.

Po większej części autorowie ci, opierając się przeważnie na wynikach sekcyjnych, są zwolennikami rozszerzenia *(dilatatio)* serca podczas ciąży.

Stłumienie serca podczas ciąży w przeważnej liczbie przypadków wyraźnie jest większe. Lwoff, a za nim Fellner podają, iż wymiar serca w IV. przetworze międzyżebrowym zwiększa się w *maximum* swej rozciągłości o połowę (10 ctm.) w stosunku do serca nieciężarnej; — ku górze zaś według Fellnera granica stłumienia serca jest najwybitniejsza, — różnica bowiem może dochodzić do dwóch centymetrów. Badając wielką liczbę ciężarnych w tym kierunku, zauważyć muszę, iż nigdy nie znalazłem u zdrowych ciężarnych tak znacznie zwiększonych granic stłumienia serca. U wielkiej liczby ciężarnych udało się mi stwierdzić opukiwaniem zaledwie nieznacznie zwiększone granice, a tylko może w $^1/_4$ części przypadków badanych wydawały mi się granice już to zupełnie prawidłowe, już to niemożebnem było oznaczyć, czy stłumienie w odpowiednim przypadku było prawidłowe, czy też nieznacznie zwiększone. Powodem tego są niekorzystne warunki wypukowe. U pierwiastek bowiem młodych, u których piersi są jędrne i obejmujące większą przestrzeń sąsiednią, — dalej u kobiet z obfitą podściółką tłuszczową w okolicy sutka, — dokładne opukiwanie granic serca jest nader trudne tak, iż nieznacznych różnic stwierdzić nie jesteśmy w możności.

Pomijając jednak powyższe przypadki, a zastanawiając się nad przypadkami, nadającymi się do dokładnego oznaczenia granic serca, nie mogę pominąć milczeniem spostrzeżenia, które mimowoli wpadło mi w oko. Nieraz zdarzało mi się przy powtórnem kontrolowaniu granic stłumienia serca po jakimś czasie, iż granice te nie zgadzały się z granicami wypukowemi, jakie znalazłem przy pierwszem badaniu, — a mianowicie, iż granice te nieznacznie się zwiększyły, lub zmniejszyły. Śledząc zatem baczniej i rozważając ściślej wszystkie czynniki, przyszedłem do przekonania, iż u ciężarnych w 9-tym miesiącu księżycowym granice serca są nieznacznie większe, niż granice w miesiącu 10-tym lub 8-mym.

Na 25 przypadków ciężarnych, u których dokladne opukiwanie było możebne i przy pomocy ile możności jak najsubtelniejszych mierzeń granic serca, udało mi się wykazać w czterech przypadkach, iż granice serca w 9-tym miesiącu ciąży są nieznacznie większe od granic w 10-tym miesiącu księżycowym. W innych przypadkach z powodu bądź trudności w opukiwaniu nieznacznych różnic stłumienia serca, bądź też może z powodu ogólnych trudności, jakie przedstawiają usadowienie, rozwój, zbitość i osadzenie sutków u kobiet, spotęgowane jeszcze czynnością gruczołu piersiowego u ciężarnych, różnic w stłumieniu pomimo kilkakrotnych badań już to wykazać mi się nie udało, już to nie byłem ich zupełnie pewny. Różnicę zaś tę w stłumieniu granic serca przypisać mogę li tylko wpływowi wysokości dna macicy, która w 9-tym miesiącu sięga prawie do wyrostka mieczykowatego, w 10-tym zaś znacznie ku dołowi zstępuje. Na podstawie tych wyników wypukowych skłonny jestem do przyjęcia twierdzenia Gerharda, Letullea i Friedreicha, iż zwiększenie stłumienia serca u ciężarnych zdrowych, jeśli wogóle opukiwaniem wykazać się daje, polega częściowo na przemieszczeniu serca skutkiem rozwoju ciężarnej macicy i przybliżeniu go do ścian klatki piersiowej *(apression)*. To samo również można z łatwością stwierdzić przy dużych guzach w jamie brzusznej, jakoteż przy wodnej puchlinie znacznego stopnia. W przypadkach tych nietylko granica górna stłumienia serca jest wyżej przemieszczona,

lecz wogóle stłumienie jest badalne na większej przestrzeni, co można stwierdzić, badając przed i po operacyi. W kilka do kilkunastu godzin po operacyi można stwierdzić, iż wymiary serca odpowiadają prawidłowym.

Różnice te miałem sposobność badać w dość znacznej liczbie przypadków guzów jamy brzusznej, zwłaszcza dużych torbieli jajnikowych, jakoteż guzów złośliwych, połączonych ze znaczną ilością wolnego płynu w jamie brzusznej.

Przeciwnicy teoryi „apresyi“ serca przytaczają fakt, mający obalać przytoczone wyżej zapatrywanie, a mianowicie, iż uderzenie koniuszka serca znajduje się podczas ciąży prawie w miejscu prawidłowem, — li tylko nieznaczne przesunięcie ku górze, nie odpowiadające zupełnie przesunięciu górnej granicy stłumienia, stwierdzić można, — również i przemieszczenia koniuszkowego uderzenia serca bardziej na zewnątrz nigdy nie spostrzegano.

Twierdzenia te jednak niczego nie dowodzą, — owszem przemawiają nawet częściowo za „apresyą“.

Oś serca podłużna przebiega od tyłu z góry i od strony prawej — ku przodowi, dołowi i ku stronie lewej, — przecinając pod pewnym kątem oś ciała; — skutkiem zaś ucisku macicy ciężarnej na przeponę serce zostaje nie przesunięte ku górze, lecz oś jego bardziej wyprostowuje się, czyli, — że oś serca przecina pod mniejszym kątem oś ciała, niż w warunkach zwykłych. Z tego powodu serce przednią swą ścianą bardziej przylega do klatki piersiowej, wskutek czego powstają większe granice wypukowe i cięższe warunki dla serca w wykonywaniu pojedynczych ewolucyj.

Najlepszym tego przykładem jest ciężki przypadek wady serca wśród ciąży u pierwiastki, opisany przez prof. Marsa, którego słowa pozwolę sobie przytoczyć:

„W niniejszym przypadku zwracają uwagę objawy ze strony serca podczas ciąży, a mianowicie objawy, które groźnie występowały, ustąpiły w 9. miesiącu księżycowym, gdy główka wstąpiła do jamy miednicy“. — Wyżej zaś czytamy:... „poczem szybko w miarę obniżania się dna macicy, pacyentka miała się coraz to lepiej.“ — Przypadek ten jest najwymowniejszym dowodem wpływu wysokości dna macicy na serce, czyli innemi słowy: gdy serce zostało uwolnione od ucisku macicy ciężarnej, mogło wówczas pomimo wady wykonywać swą pracę prawidłowo. Spostrzeżenia podobnego w piśmiennictwie nie udało mi się znaleść. (C. d. n.).

II. Leczenie trądzika pospolitego *(acne vulgaris)* w świetle krytyki.

Podał

Dr. Zygmunt Steuermark,

kierownik oddz. dermatologicznego szpitala izr. w Krakowie.

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Tow. dermatologicznego w Krakowie w dniu 20 kwietnia 1902 roku.

Racyonalne leczenie trądzika pospolitego, jak wogóle każdej choroby skórnej, powinno się opierać na ścisłych podstawach anatomo-patologicznych; wszelkie zatem wskazania i przeciwwskazania, co do wyboru środków leczniczych i metod ich zastosowania, powinny z naturalną koniecznością wypływać z tych właśnie wskazówek anatomopatologicznych.

Że jednak w tym kierunku odnośnie do leczenia trądzika pospolitego bardzo wiele grzechów popełniają nietylko lekarze praktycy, ale i zawodowi dermatolodzy, świadczy najwymowniej ta okoliczność, że jeszcze ciągle choroba ta jest uważana za prawdziwy *crux medicorum* i ciągle jeszcze przemysł farmako-chemiczny zasypuje pracownie dermatologiczne całą lawiną coraz to nowszych leków, stosowanych z jednakowem niepowodzeniem, a to głównie dlatego, że środki te usuwają tylko pojedyncze objawy trądzika, jak n. p. „hiperkeratozę“, a nie uwzględniają całości obrazu, która stanowi tło anatomiczne choroby.

W roku 1880 ogłosił Unna w „Archiwie Virchowa“ pracę p. t. „*Woraus besteht der schwarze Punkt der Comedonen*“, w której wykazał, że dotychczasowe tłómaczenie, jakoby wągry były wynikiem nagromadzenia się łoju w gruczołach łojowych i ich przewodach wyprowadzających z następowem osadzeniem się pyłu atmosferycznego na szczycie wągra, czyli jego głowie, jest błędne, nie odpowiada bowiem wynikom badania anatomicznego, według których wągr składa się głównie z komórek zrogowaciałych przyskórka, a tylko w wągrach starszych te zrogowaciałe komórki naskórkowe stanowią jakoby manszet dla komórek łojowych. Te czopy komórek zrogowaciałych, zatykające przewody torebek i gruczołów łojowych, są znowu częściowym objawem ogólnej hiperkeratozy, rozgrywającej się na pewnej przestrzeni skóry, która przenosząc się na ujścia torebek i gruczołów łojowych i rozwijając się wśród nich, sprowadza powstanie wągrów.

Ta ogólna hiperkeratoza jest więc niejako pierwszym aktem wstępnym tych zmian, które następowo spostrzegamy śród gruczołów.

Obok tych zrogowaciałych komórek naskórka, obok łoju zawierającego w starych wągrach kryształki cholestearyny, leucyny i tyrozyny, trzecim składnikiem wągrów są drobnoustroje, a mianowicie: 1) nużeniec ludzki *(demodex folliculorum)*, który częstokroć, jednakowoż niestale, w ilości nieraz 3 i 4 indywiduów zamieszkuje pojedyńcze wągry,— jego rola patogenetyczna nie jest udowodniona. 2) prątek drobny *(microbacillus)*, opisany poraz pierwszy przez Menahema Hodarę i Unnę *(Über die bacteriologische Diagnose der Acne-Monatshefte f. pract. Dermatologie z r. 1894)*, a później znaleziony przez Sabourauda w gruczołach dotkniętych łojotokiem oleistym *(seborrhoea oleosa)*, jeden z najmniejszych wogóle znanych prątków, a zarazem jedyny, stale w wągrach się znajdujący, usadowiony mianowicie w ich warstwach głębszych, a nigdy na szczycie wągra. 3) Wreszcie obok tych dwóch wspomnianych pasorzytów istnieją jeszcze w wągrach prątki, opisane przez Malasseza, niepatogenetyczne, które znajdują się również w łoju gruczołów zdrowych, usadowione w powierzchownej części wągrów, oraz koki niepatogenetyczne.

Zatem w budowę wągra wchodzą trzy składniki: 1) komórki naskórkowe zrogowaciałe, 2) tłuszcz i 3) drobnoustroje. Zkąd pochodzi ciemny punkt na szczycie wągra? Jak to wykazał Unna *(l. c.)* jest on produktem odtlenienia keratyny, tworzącej osłonkę komórek warstwy rogowej skóry, (jak wiadomo komórka warstwy rogowej składa się z osłonki keratynowej i tłuszczu przyskórkowego, znajdującego się wewnątrz osłonki), a nie domieszki pyłu atmosferycznego; udowadnia to twierdzenie tem, że ciemne zabarwienie nie występuje często w warstwach najbardziej powierzchownych wągra, które przedewszystkiem są wystawione na działanie

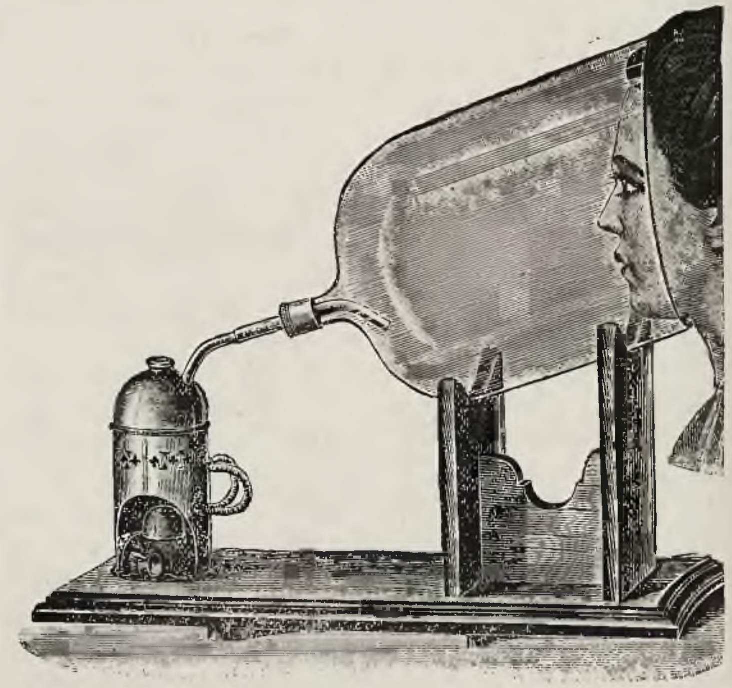
pyłu atmosferycznego, lecz zajmuje warstwy głębiej położone; powtóre, że nie daje się zmyć nawet po dodaniu alkaliów, które powinnyby ten zabrudzony tłuszcz zmydlić i tem samem uczynić go rozpuszczalnym; tymczasem przeciwnie, pod wpływem alkaliów i w ogólności pod wpływem środków odtleniających, jak siarka, kwas salicylowy, naftol β, pyrogallol, smoła, wyskok mydlany, resorcyna i ichtyol, ten punkt ciemny na szczycie wągra tem wybitniej występuje, a natomiast pod wpływem środków silnie utleniających, jak n. p. kwas azotowy, octowy, woda utleniona i chlorowa, niknie.

Na tych pewnikach anatomicznych, które przytoczyłem dla zrozumienia całego leczenia racyonalnego, można zbudować dopiero pojedyncze wskazania i przeciwwskazania.

I tak, pierwsza bardzo ważna zasada dla leczenia trądzika pospolitego polega na wykluczeniu: wszelkich alkaliów i środków odtleniających (redukujących), jak kwas salicylowy, siarka, naftol β, pyrogallol, smoła, wyskok mydlany, resorcyna i ichtyol, również i mydła, o ile nie są nadtłuszczone. Środki te wprawdzie usuwają przy odpowiedniej metodzie zastosowania hiperkeratozę, działają więc na jeden tylko objaw trądzika, ale z drugiej strony, ułatwiając odtlenianie keratyny, wytwarzają zabarwienie rogowe *(Hornfarbe)*, a tem samem tem wybitniej pod ich wpływem występują ciemne punkty na szczycie wągrów. Niestety, ta tak ważna zasada bywa wprost pomijana, a nawet w myśl tej błędnej zasady, że wągr składa się wyłącznie z tłuszczu, właśnie alkalia i mydła alkaliczne dla zmydlenia tego tłuszczu na wielką skalę bywają stosowane i w tym kierunku wysila się przemysł farmakochemiczny nad tworzeniem coraz to nowszych przetworów stosowanych w najrozmaitszych postaciach, które wszystkie razem do celu nie prowadzą, lecz przeciwnie szkodzą. W miejsce środków odtleniających powinny być stosowane przetwory utleniające, jak n. p. kwas octowy, który najłatwiej te ciemne, szpecące punkta usuwa i w tym celu kosmetyka posługuje się t. zw. octami toaletowymi.

Drugiem wkazaniem jest działanie w celu usunięcia hiperkeratozy skóry; cel ten osiągnąć się daje w dwojaki sposób: 1) na drodze mechanicznej zapomocą zwykłej wody gorącej lub tak zwanych środków polerujących skórę, jak n. p. nadtłuszczone mydło marmurowe Beiersdorfa lub Schleicha; 2) na drodze chemicznej zapomocą środków keratolitycznych. Dla wygodnego stosowania gorącej wody w celu mechanicznego usunięcia zrogowaciałych mas naskórkowych nadaje się bardzo przyrząd pomysłu Saalfelda, demonstrowany na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego w Berlinie w sierpniu 1898 r. Przyrząd ten (uproszczony) [1]) składa się z dwóch części: kociołka Papina, który jest zbiornikiem dla wody ogrzewanej z dołu za pomocą lampki spirytusowej; kociołek ten za pomocą poziomo biegnącej rurki połączony jest z kloszem szklanym, przeznaczonym dla twarzy. Para wodna, wytwarzana w kociołku, dostaje się za pomocą rurki do klosza i tutaj, działając na twarz, rozmiękcza skórę i ułatwia znacznie działanie zabiegu następnego, t. j. mięsienia, na skuteczność którego w leczeniu trądzika pospolitego zwrócił pierwszy uwagę prof. Pospiełow z Moskwy.

Pod wpływem kąpieli parowej, którą należy stosować przez 20–30 minut, skóra ulega tak znacznemu rozmiękczeniu, że następowe mięsienie wygniata całe masy łoju i komórek przyskórkowych z gruczołów skóry, a twarz powleka się jak gdyby warstwą sera. Wreszcie, gdy skóra pod wpływem kąpieli parowej i mięsienia w ten sposób zostanie rozmiękczoną i oczyszczoną, torebki częściowo odczopowane,



Ryc. I.

stosuje się wspomniane octy toaletowe dla usunięcia drogą chemiczną ciemnych punktów w pozostałych wągrach.

Drugi sposób usunięcia hiperkeratozy, jak to wyżej wspomniałem, stanowi droga chemiczna za pomocą środków keratolitycznych, które Unna dzieli na 3 grupy:

1) Keratolityczne w ścisłem słowa znaczeniu: są to w pierwszym rzędzie alkalia, pod wpływem których osłonka keratynowa się rozpuszcza, a tłuszcz komórek naskórkowych



Ryc. II.

zmydla się, zkąd przy obecności wody powstaje z warstwy rogowej masa śluzowa, — wreszcie siarkowodór i wielosiarczki potasowe, wapniowe i barowe, które posiadają wybitną zdolność rozpuszczania keratyny i bywają używane w tym celu, jako składniki środków, pozbawiających włosów (depilacyjnych). Grupa ta jednak w leczeniu trądzika pospolitego nie może mieć zastosowania praktycznego, gdyż usuwa wprawdzie hiperkeratozę, ale jak to wyżej wspomniałem, czyni punkta ciemne wągrów przez odtlenienie keratyny jeszcze ciemniejszymi. Jedynem alkalium, które działa keratolitycznie, a zarazem nie odtleniająco, lecz przeciwnie, silnie utleniająco na komórki rogowe, jest $Na_2 O_2$ — *natrium superoxydatum*, które

[1]) Bardzo wygodne a zarazem i tanie przyrządy do kąpieli parowych twarzy, oraz przyrządy do mięsienia twarzy, wyrabia firma H. Simons w Berlinie (Potsdamerstrasse 1 A).

Unna zastosował do fabrykacyi mydła, złożonego z 3 części *paraffinum liquidum* i 7 części *sapo medicatus*.

Mydło to stosuje się w lekkich przypadkach raz na dzień, w cięższych 3 razy dziennie w ten sposób, iż za pomocą szpatułki drewnianej rozsmarowuje się je (mydło to ma zbitość maści) na waciku mokrym, którym następnie trze się po twarzy i nosie tak długo, aż wystąpi lekkie pieczenie; wtedy zmywa się twarz obfitą ilością wody, najlepiej ciepłej, wreszcie wciera się następowo odrobinę jakiegoś obojętnego tłuszczu (n. p. *unguentum emolliens)* dla zmydlenia resztek alkalium, które mogło pozostać po obmyciu twarzy i zadziałać zbyt silnie keratolitycznie. Zaczynamy od 10%, a nawet 20% mydła, stosownie do przepisu Unny, a następnie przechodzimy do 5—2½%. Pod wpływem tego mydła najłatwiej i najprędzej jesteśmy w stanie przeciwdziałać z jednej strony hiperkeratozie, a z drugiej odbarwić i wybielić ciemne punkty na szczycie wągrów. Mydło to należy przechowywać w suchem miejscu, gdyż rozkłada się pod wpływem wilgoci, dlatego też zapomocą szpatułki powinno się je rozsmarować na mokrym waciku, a nie nabierać wacikiem, wreszcie nie mięszać z tłuszczami, które ulegają natychmiastowemu zmydleniu, ani nie rozcierać z gliceryną, następuje bowiem wybuch.

2) Druga grupa środków keratolitycznych t. zw. *„lepismatica"*, jak kwas salicylowy i resorcyna, są to środki złuszczające, które posiadają własność tworzenia połączeń chemicznych z keratyną, przez co powstaje błona biała, sama oddzielająca się od pozostałej w głębi warstwy rogowej, na którą środki te już nie zadziałały. Te dwa środki powinny być stosowane tylko w silnem stężeniu, n. p. jako ciasto (pasta) resorcynowe 50% lub plaster resorcynowy *(Guttaperchapflastermull)*, który stosujemy w ten sposób, że przygotowujemy skrawki plastra, których obrysy odpowiadają obrysom pojedyńczych części twarzy, nalepiamy następnie na miejsca chore (plastry Beiersdorfa przylepiają się bez wszelkiego ogrzewania); plaster taki leży 24 godzin, poczem zdejmuje się go, resztki masy plastrowej przylepione do skóry zmywamy benzyną i na następne 24 godzin przylepiamy nowy plaster; w ten sposób po 3—5 dniach powierzchowna warstwa skóry zsycha się i można zapomocą szczypczyków zdjęć ją z twarzy, jak rękawiczkę z ręki. Skóra t. zw. „nowa" jest różowa, gładka, wolna od wągrów, a dalsze leczenie powinno polegać na zapobieżeniu nawrotom choroby sposobami lżejszymi i wygodniejszymi, o których wyżej mówiłem. Metodę tę stosuje się tylko w przypadkach cięższych i uporczywych trądzika pospolitego i *acne rosacaea pustulosa*.

Wreszcie trzecia grupa środków keratolitycznych są to leki wstrzymujące zrogowacenie, a zatem *„antikeratoplastica"*, środki utleniające, jak woda utleniona, nadmanganezyan potasowy i t. d.

Tyle o leczeniu trądzika wągrowatego. Wiadomo, że rozszerzone przez wągry gruczoły łojowe są kryjówką dla drobnoustrojów ropnych, dzięki którym wytwarza się ropienie wewnątrz gruczołów i w ich obwodzie, zkąd powstaje typ drugi: trądzik krostkowaty *(acne pustulosa)*.

Leczenie tej postaci trądzika opierać się będzie na tych samych zasadach, co trądzika pospolitego; guzki w samym początku, zanim uległy zropieniu, pędzlujemy nalewką jodową, przez co niekiedy udaje się ropienie wstrzymać; gdy to niemożliwe, przyspieszamy je za pomocą gorących okładów lub kąpieli parowych w przyrządzie Saalfelda lub Simonsa. Te guzki, które wymagają zabiegu chirurgicznego, leczymy chirurgicznie.

W końcu chciałbym dodać słów kilka o leczeniu wewnętrznem, na które autorowie francuscy tak wielki kładą nacisk. Jestto faktem, spostrzeganym przez każdego dermatologa, że częstokroć u dziewcząt i kobiet, dotkniętych trądzikiem pospolitym, istnieją równocześnie nieprawidłowości w miesiączkowaniu, jak brak miesiączki, miesiączkowanie dolegliwe lub niedostateczne, a pacyentki nieraz same utrzymują, że przed mającą wystąpić miesiączką następują świeże wybuchy trądzika; ten sam wpływ został stwierdzony i dla ciąży; z drugiej strony mnożą się obecnie w piśmiennictwie dermatologicznem spostrzeżenia, że u osób, dotkniętych trądzikiem, prawie stale występuje indykanurya, objaw świadczący o fermentacyi w jelitach, przy której substancye toksyczne ulegają wessaniu do krwi, a wydzielając się także i przez gruczoły łojowe, wywołują zmiany jakościowe w łoju skórnym, wobec czego wytwarza się podłoże dla następowego działania drobnoustrojów, o których wyżej wspomniałem. (Thibierge). Na 23 przypadków trądzika, które w ostatnim czasie miałem w leczeniu, stale w każdym przypadku mogłem wykazać indykanuryę. Ztąd wskazania lecznicze, jakie podają autorowie francuscy, są następujące: uregulowanie dyety, z której wykreślamy wszelkie potrawy trudnostrawne, a łatwo fermentujące: jak ryby, raki, homary, ostrygi, wszelkie konserwy, kiełbasy, sery, dziczyzna, tłuszcze, mięsiwa i ryby wędzone, marynaty, kapusta, a wreszcie i napoje wyskokowe; natomiast dla usunięcia zalegających mas kałowych w jelitach i następowych fermentacyj podajemy od czasu do czasu środki przeczyszczające, najlepiej mineralne.

Piśmiennictwo. 1) Unna: Woraus besteht der schwarze Punkt der Comedonen? (Virchows Archiv 1880). 2) Unna: Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten 3) Menahem Hodara: Über die bacteriologische Diagnose der Acne (Monatshefte für pract. Dermatologie 1894 T. XVIII). 4) Unna: Natronsuperoxydseife (Monatshefte f pract. Derm 1899 T. XXIX). 5) Besnier, Brocq et Jacquet: La pratique dermatologique. Praca Thibierge: Acné. 6) Gaucher: Traité des maladies de la Peau 7) Leistikow: Spezielle Therapie der Hautkrankheiten. 8) Jarisch: Die Hautkrankheiten.

III. O cytotoksynach.

Wykład

Prof. K. Kleckiego

na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
w dniu 11 grudnia 1901 r.

(Ciąg dalszy)

Jak to już wyżej zaznaczyłem, ze wszystkich znanych cytotoksyn najlepiej zbadane są dotychczas hemotoksyny; to też przy badaniu tych właśnie jadów poznano niektóre szczegóły, których stwierdzenie dla innych ciał pokrewnych jest jeszcze rzeczą przyszłości. Jednym z takich szczegółów, i to bardzo ważnych, jest to, że sposób działania hemotoksyny na odpowiednie ciałka jest zupełnie zależny od dawki, w jakiej ją zastosowano: hemotoksyna, która w pewnej dawce niszczy dane ciałka, zastosowana w dawkach niezmiernie małych, działa wręcz przeciwnie, t. j. pobudza je do żywszej regeneracyi. Podobne spostrzeżenia poczyniono także nad leukotoksyną oraz neurotoksyną.

Rzeczone działanie hemotoksyny nie jest bynajmniej

jakiemś zjawiskiem zupełnie oderwanem; przeciwnie, zjawisk analogicznych spotykamy w przyrodzie bardzo wiele: wiadomo np., że takie antyseptyki jak sublimat, arszenik, jod, które, działając w pewnych dawkach, powstrzymują fermentacyę alkoholową, dodane w bardzo małej ilości do cieczy fermentującej, wspierają i pobudzają fermentacyę; wszak stosujemy w lecznictwie cały szereg ciał, które działają wręcz przeciwnie, zależnie od dawki, w jakiej je do ustroju wprowadzono; zresztą w całej przyrodzie spotykamy liczne przykłady, wskazujące, że jeden i ten sam bodziec, działający na materyę żywą, może, zależnie od swego natężenia, sprowadzić skutki wręcz odmienne.

Po za znaczeniem teoretycznem, stwierdzenie rzeczonego zjawiska dla hemotoksyny jest ważnem z tego względu, że daje ono nam do ręki sposób, za pomocą którego możemy na tak ważne dla ustroju komórki, jakiemi są ciałka czerwone krwi, wywierać wpływ, tak często niezmiernie pożądany.

* * *

Jakkolwiek cytotoksyn, podobnie zresztą jak istot bakteryobójczych, lub antytoksyn, dotychczas jako ciał chemicznych nie wyodrębniono, a poznaje się ich obecność jedynie z działania fizyologicznego zawierających je surowic, było rzeczą możliwą, manipulując takiemi surowicami, wykonać dalszy szereg doświadczeń biologicznych, które miały jeszcze bardziej rozszerzyć zakres naszych wiadomości o swoistych odczynach ustroju wyższego.

Posługując się tą samą zapożyczoną z bakteryologii metodą, którą stosowano przy otrzymywaniu cytotoksyn, t. j. przez szczepienie zwierząt surowicami cytotoksycznemi, otrzymano szereg ciał nowych, odpowiednim cytotoksynom przeciwdziałających; takich antycytotoksyn otrzymano dotychczas już kilka, a mianowicie antyhemotoksynę czyli antylizynę (Bordet, Ehrlich i Morgenroth), antyleukotoksynę (Bezredka), antyspermotoksynę (Miecznikow), antyhepatotoksynę (Delezenne), oraz antyneurotoksynę (Centanni).

Ze wszystkich powyższych ciał najlepiej poznaną jest dotychczas antyhemotoksyna, czyli antylizyna. Przy bliższem badaniu własności antylitycznych surowicy okazało się, że nietylko u zwierząt szczepionych, ale i w surowicy prawidłowej, zupełnie tak samo, jak występują niekiedy hemotoksyny, mogą również istnieć i antylizyny: np. w surowicy prawidłowego królika znajduje się antylizyna, przeciwdziałająca działaniu hemolitycznemu surowicy psa na ciałka czerwone królika (Ascoli i Riva); podobnie w surowicy prawidłowego konia istnieje antylizyna przeciwdziałająca hemolizynom, wytwarzanym przez prątki tężca oraz gronkowce (Ehrlich). Atoli własności antylityczne surowicy zwierząt szczepionych są bez porównania wybitniejsze, jak te, które występują w surowicy prawidłowej. Przez odpowiednie doświadczenia stwierdzono, że przy działaniu antyhemotoksyny oraz antyspermotoksyny współdziałają podobnie jak i w cytotoksynach dwa ciała: jedno przeciwdziałające aleksynie, czyli antyaleksyna, oraz drugie, przeciwdziałające istocie uczulającej, i że pierwsze z tych ciał działa wogóle silniej, jak drugie. Antyaleksyny, powstałe w ustroju przez szczepienie surowicy (zawierającej aleksynę), są swoiste (Wassermann); swoistość ich nie jest jednak bezwzględną (Bordet).

Ponieważ surowice antyhemolityczne zawierają antyaleksynę, tj. ciało przeciwdziałające aleksynie danego zwierzęcia, która stanowi także o własnościach bakteryobójczych jego surowicy, rzeczone surowice prócz działania antyhemolitycznego upośledzają, a względnie znoszą własności bakteryobójcze surowicy danego zwierzęcia. Jak wiadomo, aleksyna znajduje się w każdej surowicy prawidłowej, to też przez szczepienie zwierząt taką surowicą różnogatunkową można otrzymać w ich surowicy odpowiednią antyaleksynę. Ciało to powstaje również przez szczepienie ciałkami białemi (Donath i Landsteiner). Jest to rzecz ważna z tego względu, że możność eksperymentowania z tem ciałem, które neutralizuje aleksynę, działając na nią według wszelkiego prawdopodobieństwa bezpośrednio (Bordet), poniekąd już się przyczyniła (patrz doświadczenia Wassermanna), a w przyszłości zapewne w jeszcze większym stopniu się przyczyni do wyświetlenia wielu ciemnych punktów w nauce o odporności.

W surowicy antyhemotoksycznej obok ciał właściwych, t. j. antyaleksyny, oraz ciała przeciwdziałającego istocie uczulającej, powstałych w ustroju wskutek szczepienia, istnieje składnik surowicy normalnej — aleksyna. Wobec tego, że antyaleksyna bezwzględnie swoistą nie jest, aleksyna osłabia jej działanie; to też jeżeli przez ogrzanie do 55^0 w ciągu $^1/_2$—1 godziny zniszczymy w surowicy antyhemotoksycznej aleksynę, działanie antylityczne takiej surowicy znacznie się przez to wzmaga.

Jak to już wyżej zaznaczyłem, przez szczepienie zwierząt ciałkami czerwonemi różnogatunkowemi powstają w ustroju i przechodzą do surowicy obok hemotoksyn mniej lub więcej swoiste aglutyniny; tak samo przez szczepienie surowicy hemotoksycznej wytwarzają się w ustroju szczepionym obok swoistych antyhemotoksyn ciała, przeciwdziałające tym aglutyninom, t. j. odpowiednie antyaglutyniny.

Przez szczepienie odpowiedniej surowicy hemolitycznej otrzymano nietylko antylizyny, przeciwdziałające swoistym hemotoksynom, powstałym przez wprowadzanie do ustroju krwi różnogatunkowej, czyli t. zw. antyheterolizyny, ale i ciała przeciwdziałające izolizynom, czyli t. zw. antyizolizyny.

W końcu muszę podnieść jeszcze jeden ważny szczegół, tyczący się antyhemotoksyn: ciała te obok własności przeciwdziałania fizyologicznego odpowiedniej hemotoksynie mają jeszcze tę znamienną własność, że zarówno w odpowiedniej surowicy hemolitycznej, jakoteż w surowicy prawidłowej danego zwierzęcia sprowadzają straty.

* * *

Z niniejszego przedstawienia wynika, że swoiste cytotoksyny, o których była mowa, powstają w ustroju przez szczepienie obcemi komórkami różnogatunkowemi (a względnie cząstkami takich komórek, np. szkieletami ciałek czerwonych, zawiesiną zmiażdżonych przez rozcieranie tkanek), a nawet jednogatunkowemi (izolizyny); antylizyny zaś wytwarzają się nie przez wprowadzanie do ustroju pierwiastków ukształtowanych, a przez szczepienie samymi produktami komórek obcych, zawartemi w surowicy krwi. Okoliczność ta świadczy, że w ustroju wyższym powstają swoiste ciała antagonistyczne jako odczyn nietylko na wprowadzenie doń obcych komórek, ale i wytworów takich komórek. Do tego rzędu

zjawisk należy występowanie swoistych własności hemolitycznych w surowicy zwierząt, szczepionych wysiękiem zapalnym różnogatunkowym, z którego usunięto wszystkie składniki upostaciowane, lub też moczem, zawierającym białko.

Że białko obcego gatunku nie jest dla ustroju ciałem obojętnem, ale że sprowadza ono w ustroju wybitny odczyn, wynika z całego szeregu doświadczeń, w których stwierdzono, że przez szczepienie ustroju białkiem różnogatunkowem występuje w surowicy zwierzęcia szczepionego własność sprowadzania w rozczynie danego białka strątu; odczyn ten jest przytem zawsze mniej lub więcej swoisty, niekiedy zaś swoistość odczynu jest nawet bardzo silnie zaznaczona. Powyższe zjawisko, na które pierwszy Bordet zwrócił uwagę, tłomaczy się przez powstawanie w ustroju pod wpływem szczepienia pewnych, dotychczas bliżej nieznanych ciał swoistych, które nazwano precypitynami.

Przez szczepienie zwierząt, najczęściej królików, białkiem kurzem (Uhlenhuth), mlekiem kobiecem, krowiem i koziem (Bordet, Wassermann, Schütze), hemoglobiną różnogatunkową, peptonem (Myers, Geret) otrzymano cały szereg precypityn. Swoistość tych precypityn nie zawsze jest bezwzględną: np. surowica strącająca z rozczynu białko kurze, strąca zarazem białko jaja gołębiego; wogóle jednak swoistość precypityn, otrzymanych przez szczepienie białka zwierzęcego, jest dosyć silnie zaznaczona; okoliczność ta świadczy, że rozmaite białka pochodzenia zwierzęcego różnią się między sobą dosyć zasadniczo. Precypityny otrzymano również przez szczepienie zwierząt białkiem roślinnem z pszenicy, żyta, jęczmienia, grochu i owsa (Kowarski); okazało się przytem, że swoistość tych precypityn jest znacznie słabszą, jak tych, które strącają białka zwierzęce, a więc że białka rzeczonych zbóż są bardziej do siebie zbliżone, jak białka zwierząt nawet dosyć pokrewnych gatunków. Precypityny zwierzęce białek roślinnych i odwrotnie precypityny roślinne białek zwierzęcych z rozczynu nigdy nie strącają; polega to na znacznej różnicy, jaka zachodzi pomiędzy białkami pochodzenia zwierzęcego, a roślinnego.

Swoistość precypityny, otrzymanej przez szczepienie zwierząt białkiem ludzkiem, jest bardzo wybitna; ciało to strąca z rozczynu zarówno białko ludzkie pochodzące ze krwi, jakoteż pochodzące z moczu, nasienia lub wykrztusiny ropnej (Uhlenhuth).

Podobnie jak hemotoksyny (Metalnikow) i swoiste precypityny mogą powstać w ustroju nietylko po szeregu injekcyj danego białka pod skórę lub do brzucha, ale i po wewnętrznem podawaniu go w ciągu dłuższego czasu; a więc nawet takie zmiany, jakim ulegają obce komórki lub obce białko w przewodzie pokarmowym, nie przeszkadzają wystąpieniu w ustroju swoistego odczynu.

Swoista precypitacya istot białkowych przez surowicę zwierząt szczepionych danem białkiem, nie stanowi, podobnie jak powstawanie w ustroju cytotoksyn, zjawiska odrębnego; znamy bowiem w bakteryologii zjawisko zupełnie tego samego rzędu: jak to wykazał Czystowicz, potem Kraus i in., surowica zwierząt uodpornionych na pewne mikroby, we filtrowanej hodowli bulionowej danych mikrobów, a więc w rozczynie ich wytworów, sprowadza strąt w wysokim stopniu swoisty. Wielu bakteryologów sądzi, że powstawanie owych strątów swoistych jest w ścisłym związku ze sprawą aglutynacyi mikrobów w stanach zakaźnych.

Ciekawe zjawisko, polegające zdaniem Camusa również na swoistej precypitacyi, wykazali Bordet i Gengou: przez kilkakrotne szczepienie świnki morskiej surowicą krwi lub osoczem królika, jej surowica nabiera własności przeciwdziałania krzepnięciu krwi; swoistość tego odczynu jest przytem dosyć znaczna. Według Camus'a wytwarza się tu pod wpływem szczepienia swoiste ciało, strącające fibrynogen. Bordet i Gengou tłomaczą jednak powyższe zjawisko odmiennie, a mianowicie przez wytworzenie się w danych warunkach ciała, które przeciwdziała fermentowi włóknikowemu, który, podobnie jak i aleksyna, u zwierząt rozmaitego gatunku nie jest ciałem identycznem i dlatego może sprowadzić w ustroju obcym odczyn swoisty. Według tego tłomaczenia istotą działającą w danem zjawisku byłby więc antyferment włóknikowy, ciało analogiczne z innemi antyfermentami, jakie w ostatnich czasach w surowicy zwierząt, szczepionych fermentami, sztucznie otrzymano. W szeregu badań doświadczalnych stwierdzono bowiem, że, podobnie jak możemy uodpornić zwierzę na różne mikroby, obce komórki ustrojów wyższych, nawet jednogatunkowych, na białka jadowite, czyli toksalbuminy np. (abrynę, rycynę, jad węży), a na białka obce niejadowite sprowadzić w ustroju znamienny odczyn, tak samo można uodpornić zwierzę i na różne fermenty przez pobudzenie ustroju do wytworzenia odpowiednich ciał swoistych, danym fermentom przeciwdziałających: przez szczepienie odpowiednimi fermentami uodporniono zwierzęta na emulsynę (Hildebrandt), chymozynę (Morgenroth, Briot), oraz trypsynę (v. Dungern, Achalme), która, jak wiadomo, poza przewodem pokarmowym sprowadza w tkankach zmiany patologiczne.

* * *

Z całokształtu badań, których wyniki starałem się przedstawić w niniejszym wykładzie, wypływają dwa ze stanowiska biologii niezmiernie doniosłe fakty: raz, że zarówno komórki, jakoteż niektóre ich pochodne, głównie białkowe, różnych zwierząt (poniekąd i roślin) okazują pewną odrębność gatunkową, czyli swoistość, oraz że swoistość ta jest bardzo daleko posuniętą, skoro analogiczne składniki tworów pod względem gatunku bliskich, mogą sprowadzić odmienną reakcyę fizyologiczną; powtóre, że ustrój wyższy jest niezmiernie czuły na dostanie się do jego soków elementów obcych, skoro jego komórki reagują w charakterystyczny i to swoisty sposób nawet na takie elementy, które, jak uczy doświadczenie, nie mogą na nie działać silnie, ani szkodliwie, jednem słowem na elementy niewinne, pozornie nawet zupełnie obojętne; fakt ten wskazuje, jak silną musi być reakcya, (ewentualnie obrona) ustroju wówczas, gdy na jego komórki zadziałają elementy obce o własnościach antykomórkowych, np. mikroby chorobotwórcze.

* * *

Jakkolwiek badania nad swoistemi cytotoksynami, oraz ciałami pokrewnemi, datują od bardzo niedawnego czasu, niektóre tych badań wyniki, jakem to już na wstępie zaznaczył, znalazły już dzisiaj pewne zastosowanie w nauce i praktyce.

Przy badaniu swoistego odczynu, jaki sprowadzają w ustroju komórki, a względnie białko różnogatunkowe, okazało się, że odczyn ten występuje tem wybitniej, im bardziej różnią się zwierzęta do doświadczenia użyte pod względem

gatunku; przeto ze stopnia rzeczonego odczynu, ewentualnie z jego braku można wnosić o stopniu pokrewieństwa danych ustrojów w szeregu zoologicznym. Według Friedenthala ustrój małp wyższych, jakoto szympansa, orangutana, który na krew małp niższych reaguje, — na krew ludzką nie reaguje zupełnie; zachodziłaby więc pod tym względem większa różnica pomiędzy ustrojem różnych gatunków małp, jak pomiędzy ustrojem małp wyższych a człowieka, których krew pod względem fizyologicznym byłaby zupełnie identyczną, tak że transfuzya krwi ludzkiej małpom wyższym stanowiłaby dla tych zwierząt zabieg zupełnie obojętny.

Swoistość odczynu, występującego w ustroju, zaszczepionego komórkami obcemi, czy białkiem różnogatunkowem, wyzyskano już praktycznie w medycynie sądowej, gdzie jako czuły i pewny sposób rozpoznawania krwi ludzkiej już dzisiaj zasłużone święci tryumfy. Królik zaszczepiony krwią ludzką (również moczem ludzkim, białko zawierającym, lub wysiękiem np. opłucnowym) daje surowicę, która w cieczy, ślad białka ludzkiego zawierającej, sprowadza charakterystyczne zmętnienie, a względnie strąt. W roztworze białka żadnego zwierzęcia (za wyjątkiem małp wyższych) surowica taka rzeczonego odczynu nie daje (Uhlenhuth, Wassermann i Schütze, Stern, Martens, Dieudonné, Ogier, Ziemke, Szyrokich). U nas ma tę zasługę kol. prof. Sieradzki ze Lwowa, że, o ile mi wiadomo, pierwszy w tym kierunku przeprowadził badania i potwierdził wyniki poprzednich badaczów na tem polu; i w krakowskim zakładzie medycyny sądowej kol. prof. Wachholza metoda ta jest stosowana przy badaniu sądowo-lekarskiem.

Obok wybitnej czułości i swoistości powyższego odczynu, niezmiernie ważną dla medycyny sądowej zaletą jest jego stałość: nietylko bowiem we krwi świeżej, ale w wyciągach ze śladów krwawych na najrozmaitszym materyale, ze śladów zachowanych w ciągu kilku, a nawet kilkunastu lat i to w różnych warunkach, wreszcie w wyciągach z plam krwawych, na które działano różnemi chemikaliami, jakoto mydłem, boraksem, karbolem, sublimatem, i t. d. surowica swoista charakterystyczny odczyn zawsze sprowadza. Jasną jest rzeczą, że posiadając szereg zwierząt, zaszczepionych krwią, albo białkiem zwierząt różnych gatunków, a względnie ich surowice, określić można nietylko, czy dany ślad krwawy powstał ze krwi ludzkiej, czy też zwierzęcej, ale w tym ostatnim przypadku, z jakiego zwierzęcia badana krew pochodzi.

Ponieważ zwierzę, szczepione mlekiem pewnego gatunku, daje surowicę, która sprowadza powstanie swoistego strątu tylko w takiem mleku, jakiem szczepiono, (lactoserum) można łatwo, posiadając odpowiednie surowice, wykazać zafałszowanie danego mleka mlekiem innego gatunku.

Wybitna swoistość odczynu, występującego w ustroju zwierząt, szczepionych mlekiem kobiecem, świadczy o wysokiej swoistości materyału, którym szczepiono, a więc w tym wypadku kazeiny ludzkiej; okoliczność ta tłomaczy poniekąd fakt, dawno w praktyce lekarskiej stwierdzony, że prawdziwie dobrego surogatu pokarmu kobiecego niema, i wskazuje, że go być nie może.

W zupełnie podobny sposób, jak zafałszowanie mleka, a więc zapomocą odczynu swoistego z odpowiedniemi surowicami zwierząt szczepionych, można wykazywać w preparatach z mięsa siekanego zafałszowania mięsem różnych zwierząt (Uhlenhuth).

Reakcya surowicy zwierząt, szczepionych białkiem różnego pochodzenia, z odpowiedniem białkiem w roztworze jest tak czułą, że przy odróżnianiu białek w ogólności nieocenione oddaje usługi: rzeczona reakcya fizyologiczna jest bowiem znacznie czulszą od wszelkich reakcyj chemicznych, a w wielu przypadkach, w których badanie chemiczne zupełnie zawodzi, odczyn swoisty surowicy, pochodzenie danego białka wyraźnie wskazuje (Uhlenhuth).

Surowice zwierząt, szczepionych fermentami, a więc zawierające antyfermenty, np. antychymozynę, doskonale nadają się do ilościowego oznaczania odpowiednich fermentów; według Morgenrotha oznaczenia wykonane tym sposobem są znacznie dokładniejsze od oznaczeń wykonanych wszelkiemi innemi sposobami, jakimi dotychczas się posługiwano. (Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Lenzmann. **Dalsze uwagi nad przewlekłem zapaleniem wyrostka robaczkowogo.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 15, 1902). Nie rzadko pojawiają się przypadki zapaleń wyrostka robaczkowego, nie przebiegające wśród znanych objawów, ani nie okazujące nic znamiennego, — chwilami jednak cechują się takiemi przypadłościami, które raczej za wszystkiem innem przemawiają (kamica żółciowa, wrzód żołądkowy, histerya i t. d.), ale nie za zapaleniem wyrostka robaczkowego. Słusznie określił Ewald podobne przypadki mianem „appendicitis larvata“, a więc „utajone“, nie dlatego, by się nie dały rozpoznać, lecz że przebiegają wśród niezwykłych i nieuchwytnych objawów chorobowych. Autor opisuje dwa takie przypadki, w których uciekł się do wycięcia wyrostka robaczkowego — i to z pomyślnym skutkiem; — ze stanowiska anatomo-patologicznego należałoby je nazwać krwotocznem przewlekłem zapaleniem wyrostka. Wprawdzie przewlekłe trwanie cierpienia nie przedstawiało dla chorych żadnego niebezpieczeństwa, atoli i tutaj były tego rodzaju objawy, że żadną miarą nie zwracały uwagi na zajęcie wyrostka. W obydwóch tych przypadkach rozwinęła się choroba po porodzie, względnie połogu, który też zdaniem autora był okolicznością sprzyjającą; — im bowiem łatwiej dostać się może czynnik chorobotwórczy z jelita do wyrostków, i im trudniej ten ostatni z najazdu uwolnić się może, tem pewniej rozwinie się cierpienie. Otóż takie warunki wytwarzają się skutkiem ciąży: ciężarna macica wypiera stopniowo jelita na boki, przyczem wyrostek robaczkowy może zostać zagięty, względnie załamany, i mniej lub więcej niezdolny do usunięcia swej treści, której zastój daje pierwszą podwalinę do rozwoju choroby. Że wśród takich okoliczności nie powstają poważniejsze zmiany chorobowe, tłomaczy się większym dopływem krwi — wśród ciąży — do narządów rodnych, a po części i do wyrostka robaczkowego, skutkiem czego zwiększa się jego odporność, utrudniająca rozwój cięższego cierpienia. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka jest łatwe, jeśli się uda wybadać przez powłoki brzuszne wyrostek w kształcie zgrubiałego twardego postronka, przyczem chory odczuwa taką samą bolesność, jaka go przedtem bez badania kilkakrotnie już nagabywała. W każdym razie należy nadto wykluczyć inne cierpienia, jak kamicę żółciową, kolkę nerkową, nerwowe kurcze żołądka, wrzód żołądka i t. p., u kobiet zaś należy starannie zbadać cały narząd rodny, by przypadkiem nie wziąść chorobowo zgrubiałej trąbki za wyrostek robaczkowy. Leczenie polega z jednej strony na stosowaniu ciepłych okładów na okolicę kiszki ślepej, w przeważającej jednak liczbie przypadków jest wskazane usunięcie wyrostka robaczkowego. *Dr. Pisek* (Podgórze).

M. J. Knapp. **Oznaczanie granicy żołądka bez pomocy przyrządów.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1902, 1-go maja). Proste opukiwanie żołądka zwykle nie wystarcza do dokładnego oznaczenia granic tego narządu. Jako środek pomocniczy najczęściej stosowane bywa sztuczne nadymanie żołądka zapomocą wdmuchiwania powietrza, lub też podawania na wewnątrz mięszaniny burzącej. Pierwszy z tych sposobów ma tę niedogodność, że zmienia prawidłowe położenie narządu; drugi jest bardzo niepewny, gdyż podając mięszaninę burzącą, raz rozdymamy żołądek za mało, innym znów razem za dużo. Trzeci wreszcie sposób, t. j. prześwietlanie żołądka, również nie jest wolny od zarzutów i zresztą jest dostępny prawie tylko w klinikach.

Dr. Knapp, lekarz austryacko-węgierskiego szpitala w Nowym Yorku, podaje sposób, zapomocą którego prostem oglądaniem możemy oznaczyć dolną granicę żołądka, w przypadkach zaś obniżenia żołądka również małą jego krzywiznę, i to bez względu na grubość podściółki tłuszczowej brzucha. Chory, ułożony na grzbiecie z obnażonym brzuchem, winien spokojnie oddychać. Lekarz staje bądź to w głowach łóżka, bądź też z boku w pewnem oddaleniu od okolicy żołądka; następnie zniża się tak, żeby oczy jego znajdowały się na poziomie brzucha chorego i śledzi ruchy oddechowe. Przy każdym wdechu rysuje się na ścianie brzucha bardzo delikatna linia, odpowiadająca dużej krzywiznie żołądka. Linię tę zaznaczmy ołówkiem. Jeśli teraz położymy na brzuchu palec średni i wskazujący tak, ażeby linia wypadła pomiędzy nimi i następnie oba palce naprzemian lekko opukujemy, słyszymy wyraźną różnicę w wypuku, gdyż jeden palec spoczywa nad żołądkiem, a drugi nad jelitem grubem. Aby różnicę tę uczynić jeszcze wyraźniejszą, wystarcza wprowadzić do jelita grubego nieco powietrza. *Dr. T. Żeleński.*

Prof. Sellheim. **Zasady i niebezpieczeństwo leczenia poronień.** (*Münchener med. Wochs.* 1902, Nr. 10). Opisawszy przypadek, w którym lekarz, chcąc zapomocą szczypczyków Wintera opróżnić jamę macicy przy poronieniu, przedziurawił dno jej i wyciągnął przed srom znaczną część jelita grubego, — zastanawia się S. nad zasadą postępowania lekarza praktycznego przy poronieniach, będących w toku. Zasadniczo powinno ono być wyczekujące, a działać należy tylko w przypadkach znacznej utraty krwi, zatrzymania się resztek jaja płodowego i zakażenia. Krwotok, wskazujący na poronienie niezupełne, należy leczyć doszczętnem opróżnieniem macicy. Uskuteczniamy to palcem, jeśli trzeba w uśpieniu, w razie niedrożności szyjki dla palca tamponadą jamy macicy, szyjki i pochwy; przytem należy chwytać gazę warstwami tak, aby one pokrywały końce szczypczyków, nadto należy się wystrzegać szybkiego i forsownego wpychania. O ile zatrzymały się w macicy resztki jaja płodowego, oceniamy to przez oględziny części już wydalonej i przez badanie skombinowane macicy — nigdy zgłębnikiem, gdyż sposób to niepewny i niebezpieczny. Pozostałości większe staramy się wydostać palcem lub kornzangą, zawsze jednak pod kontrolą palca, nigdy zaś na ślepo. Również nie należy nigdy takiej macicy skrobać, gdyż jest ona jeszcze nie dobrze zwinięta. Przy zatrzymaniu resztek błon można skrobać, gdyż wtedy jest macica już lepiej zwinięta, twardsza. Trzeciem wreszcie powikłaniem jest zakażenie (cuchnące odchody, gorączka). W tych przypadkach należy najprzód opróżnić macicę palcem, wyjątkowo tylko kornzangą, za żadną cenę nie wolno skrobać, gdyż łatwo sprowadzić zakażenie ogólne; następnie należy przedsięwziąść bardzo dokładną desinfekcyę jamy macicy. W przypadkach przedziurawienia macicy należy zaprzestać wszelkich dalszych rękoczynów i chorą natychmiast odesłać do kliniki, lub też zażądać odpowiedniej pomocy innych kolegów. Chora, o której wyżej była mowa, opuściła klinikę wyleczona. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Bonder. **Przypadek prawie zupełnego braku mięśnia kapturowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 10). Wrodzone braki mięśni górnej kończyny, jakoteż ich zanik wskutek chorób układu nerwowego, nie są rzadkością; co do mięśnia kapturowego jednak, to wiadomości nasze są skąpe. B. opisuje przypadek 14-letniej dziewczyny, która zgłosiła się do polikliniki lipskiej ze skrzywieniem kręgosłupa ku stronie lewej w dolnej części szyjnej i górnej piersiowej I. stopnia. W przypadku tym stwierdzono zupełny prawie brak mięśnia kapturowego lewego, tylko bardzo nieliczne włókna, przyczepiające się do dolnego kąta łopatki, były zachowane, co stwierdzono prądem elektrycznym; zresztą nigdzie nie otrzymano żadnego odczynu. Inne mięśnie zmian nie okazywały, z wyjątkiem mięśnia podnoszącego łopatkę, który był przyrośnięty. Cała kończyna lewa wraz z łopatką była przesunięta ku przodowi. Ruchy czynne były możliwe we wszystkich kierunkach bez jakiegokolwiek upośledzenia. Z powodu zupełnego braku jakichkolwiek zmian w układzie nerwowym B. przyjmuje tutaj sprawę czysto mięśniową i uważa ją za nieprawidłowy rozrost mięśniowy; przypadek ten odpowiadałby może tej formie, która występuje w wieku dojrzewania i częściej u dziewcząt. Forma ta najczęściej zajmuje kilka mięśni, trzebaby więc przyjąć, że w tym przypadku sprawa zakończyła się wcześniej. B. podaje, że chora przed pięciu laty była w poliklinice wskutek „złego trzymania się“; wtedy braku mięśnia kapturowego nie zauważono. *Dr. Teofil Zalewski.*

Tewelos. **Przypadek wola korzenia języka.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 8). Wól korzenia języka należy do rzadkości, gdyż dotychczas znanych jest tylko 18 przypadków. W przypadku Tewelesa okolica kości gnykowej była znacznie wypuklona, palcem zaś można było na korzeniu języka wybadać okrągły guz ograniczony, o powierzchni gładkiej, niebolesny, przyczem ruchomość języka była utrzymaną, a gruczoły nie powiększone. Rozpoznał go i operował Gersuny. Przypadek ten tem się różni od innych, że badanie mikroskopowe guza wyciętego nie wykazywało koloidu, a nadto i nieco odmiennym sposobem operowania. Gersuny bowiem przez mocne wyciągnięcie języka rozszerzył sobie pole operacyjne, a równocześnie ucisnął w ten sposób naczynia krwionośne, przez co tracheotomia „prewentywna“ lub resekcya szczęki dolnej stają się zbędnemi. *B. Żmigród.*

Dr. C. Ghillini i Ing. S. Canevazzi. **O stosunkach statycznych kości udowej.** (*Archiv Langenbecka* 1902, T. 65, Z. IV). Autorowie, polemizując z Bährem, który ogłosił pracę p. t. „Der Oberschenkelknochen als statisches Problem“, przechodzą do omówienia etyologii i terapii skrzywień w ogólności. Przypominają, że t. zw. zniekształtnienia statyczne zależeć mogą 1) od zmian w kościach, lub też 2) od zmian odżywczych i tonicznych ścięgien, torebek stawowych i mięśni. W każdym przypadku należy zdać sobie dokładnie sprawę, z którym czynnikiem etyologicznym mamy do czynienia. W pierwszym razie zwrócimy nasze usiłowania lecznicze przedewszystkiem na kość, w drugim starać się będziemy o podniesienie ogólnego odżywienia; miejscowo zastosujemy mięsienie, kąpiele, elektryzowanie, albo też starać się będziemy przyrządami ortopedycznymi podtrzymywać część nienormalnie obciążoną i wspierać osłabioną siłę mięśni. *Herman.*

Gaszyński. **Kilka słów o leczeniu drgawek porodowych z przytoczeniem panujących teoryj o samozatruciu.** (*Medycyna*, Nr. 13 i 14, 1902). Z całego szeregu przytoczonych teoryj wynika, że dawniej usiłowano przyczynę drgawek porodowych odnieść do zmian anatomo-patologicznych; tymczasem obecnie niepodzielnie panują teorye samozatrucia. Jako jednostkę chorobową Schmorl wyosobnił rzucawkę porodową. Według niego choroba ta polega na wieloogniskowych zakrzepach z następczemi zmianami w nerkach, wątrobie, mózgu, płucach i sercu; dzieci, zrodzone z matek, które uległy drgawkom, okazują te same zmiany. W leczeniu zapobiegawczem pierwsze miejsce zajmuje zniesienie nadmiernej pobudliwości układu nerwowego, do czego najlepiej zmierzają dyeta roślinno-mleczna, mierny ruch na świeżem powietrzu, spokój psychiczny i środki krzepiące ustrój. Jak długo trwają zmiany anatomiczne po przebytych drgawkach, dotychczasowe piśmiennictwo naukowe nie wyjaśnia. W trzech przypadkach autora morfologiczne części znikały z moczu już po 2—3 tygodniach, natomiast białkomocz trwał do czterech miesięcy. Drugi poród po drgawkach powinien być najwcześniej po upływie 2—3 lat. W leczeniu samego napadu starać się trzeba przedewszystkiem poród ukończyć, by usunąć źródło toksyn; dalej dbać o dowóz tlenu, wzmocnienie serca i zapewnienie spokoju. Autor jest zdecydowanym przeciwnikiem morfiny. Wskazanem jest również uwolnienie ustroju od krążących we krwi toksyn (puszczenie krwi, przepłókanie ustroju fizyologicznym rozczynem soli). *Z. Czaplicki.*

I. Swiętochowski. **Przyczynek do nauki o migrenie.** (*Księga Jubileuszowa T. Dunina*). Z pośród wielorakich objawów w czasie napadu migreny najstalej występowały u 13-tu chorych, spostrzeganych przez autora, bóle głowy i zaburzenia żołądkowe. Ani zwiastuny, zwłaszcza wzrokowe (parestezye wzroku, słuchu, smaku etc.), ani umiejscowienie bólu nie dadzą się ująć w jakąś regułę. Wymioty sprawiały chorym znaczną ulgę. Kilkakrotnie dokonane badania treści żołądkowej w czasie napadu pozwoliły autorowi stwierdzić nadkwaśność. Przepłókanie żołądka w czasie napadu skracało go i łagodziło w bardzo wybitnej mierze. Autor widział dobre wyniki lecznicze przy stosowaniu dyety przeważnie białkowej, t. j. z możliwem ograniczeniem tłuszczów i innych węglowodanów. Z ośmiu chorych, poddanych tej dyecie, pięciu przez cały czas spostrzegania (1—2 lat) nie miało ani jednego napadu, a dwóch miewało napady znacznie rzadsze. Otrzymane wyniki nie skłaniają autora do łączenia całej etyologii migreny wyłącznie z zaburzeniami żołądka, jednakże pomijanie żołądka przy rozważaniu migreny, jak to czyni Moebius, wydaje mu się poglądem krańcowym i niesłusznym. *Dr. Z. Czaplicki.*

Astros (Marsylia) **Zapalenie szpiku kostnego u dzieci poniżej trzech miesięcy życia i jego możliwe następstwa.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, listopad, 1901). Na podstawie 11-tu spostrzeganych przypadków czyni autor następujące wnioski: najczęściej dotknięta jest kość udowa; cierpienie może być wrodzone, najczęściej dotyczy dzieci osłabionych. Drobnoustroje, powodujące chorobę, dostają się przez skórę, pępek, narząd oddechowy i przewód pokarmowy. Często postacie ostre są dobrotliwe i ulegają wyleczeniu, podobnie jak się to zdarza w przypadkach przewlekłych. Przyłączające się do cierpienia tego choroby, jak: krzywicę, kurcz głośni uważa autor za następstwa, względnie powikłania tej choroby. *Jan Landau.*

Rahn. **Tracheotomia i intubacya w błonicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1902, luty). Autor stara się ściśle ograniczyć zakres tych dwóch zabiegów, przyczem tracheotomii pierwotnej zakreśla szersze pole, niż wielu dzisiejszych pedyatrów, hołdujących bezwzględnie intubacyi. Zdaniem autora w przypadkach wahającego się wskazania lepiej odrazu przystąpić do tracheotomii, niż zwlekając pogarszać jej warunki; lepiej o jedną tracheotomię za wiele, niż za mało. Opierając się na materyale, spostrzeganym w klinice Soltmanna w Lipsku, jak również na piśmiennictwie z tego zakresu, zbiera autor wskazania do tracheotomii pierwotnej w następujących punktach:

1) Dzieci poniżej 18 miesięcy z objawami świeżej krzywicy. U dzieci takich następuje bardzo często nagła i bardzo silna duszność z powodu zatkania głośni nasadą języka, zatem bezpieczniej natychmiast przystąpić do tracheotomii; 2) przypadki wybitnego zapadu lub agonii; 3) owrzodzenia gardzieli połączone z rozpadem w przebiegu błonicy posoczniczej; w obu tych przypadkach wszelkie próby intubacyi są bezwarunkowo przeciwwskazane; 4) równocześnie istniejąca „duszność połykowa" (przerost migdałków i wyrośli gruczolakowych), lub obrzęk przedsionka krtani; 5) kurczowe lub mechaniczne przeszkody w świetle krtani, stawiające opór wprowadzeniu tubusa. Do tych przypadków zaliczyć należy skurcz głośni, częsty u dzieci krzywiczych i obrzęk zapalny krtani, w przebiegu którego — jeżeli przemocą wprowadzimy tubus — łatwo wystąpić mogą odleżyny krtani; 6) zewnętrznie widzialny obrzęk szyi, lub odma podskórna szyi; 7) dające się stwierdzić powikłanie ścieśnienia światła oskrzeli (bardzo trudne do wykazania; w tym przypadku wskazana jest tracheotomia, gdyż jedynie tą drogą możliwe jest usunięcie błon wyścielających oskrzela); 8) przypadki, w których duszność nie ustępuje po intubacyi. (Tu trzeba zwrócić uwagę na kilka możliwości, zanim się przystąpi do tracheotomii. Niekiedy tubus jest za wązki, a po wprowadzeniu szerszego duszność ustaje. Dalej może się zdarzyć duszność z powodu wtłoczenia nagłośni przy niezręcznem intubowaniu).

Wskazania do tracheotomii następowej są według Rahna następujące: 1) jeżeli tubus pozostaje już kilka dni w krtani, a pomimo tego po czwartej ekstubacyi występuje natychmiastowa duszność; 2) jeżeli nastąpi zatkanie tubusa przez błony, a możemy przypuszczać, że jeszcze więcej strzępów błon znajduje się w oskrzelach; 3) jeżeli tworzą się ropnie przed- lub okołokrtaniowe, chociażby nie dawały podmiotowych objawów; 4) jeżeli dziecko nie znosi obecnie tubusa, okazuje uczucie bólu, jest niespokojne i pomimo czujnego nadzoru tubus wyciąga, lub stara się wyciągnąć; 5) jeżeli możemy przypuszczać lub wykazać przerost grasicy lub gruczołów oskrzelowych (gruźlica); 6) jeżeli występują nowe zaciągania, a stan nie poprawia się pomimo dokonanej ekstubacyi; 7) jeżeli dostateczne żywienie dziecka jest uniemożliwione; 8) jeżeli u dzieci niżej dwóch lat pomimo dwukrotnej ekstubacyi w przeciągu 5—6 dni występuje natychmiastowa duszność. (U dzieci poniżej lat dwóch prawie bez wyjątku intubacya albo ma skutek natychmiastowy, albo też nie osiąga żadnego).

Napozór mogłoby się zdawać, że autor bardzo mało pole zakreśla intubacyi. Tak jednak nie jest, gdyż wszystkie powyżej wyliczone przypadki stanowią bardzo mały odsetek w porównaniu do dużej liczby tych, gdzie intubacya oddaje nam znakomite usługi. Zasady intubacyi są według Rahna następujące: 1) intubacya powinna być dokonana jak najwcześniej; 2) przed wykonaniem intubacyi należy rozważyć i wykluczyć wszystkie wskazania do tracheotomii; 3) przy każdej intubacyi powinni być obecni lekarze pomocnicy, mogący asystować w razie zachodzącej potrzeby tracheotomii, do której wszystko powinno być przygotowane (O'Dwyer); 4) tak po intubacyi, jak po tracheotomii należy dziecko, o ile ogólny stan na to pozwala (zapalenie płuc w okresie nacieku, jak również zapad stanowią przeciwwskazanie), umieścić w pokoju, w którym powietrze jest nasycone parą wodną; 5) intubacya powinna o ile możności być dokonaną za jednorazowem wprowadzeniem tubusa; 6) numer wielkości tubusa nie powinien być za mały; 7) przed wykonaniem ekstubacyi należy również rozważyć wszystkie wskazania; 8) przed ekstubacyą dziecko powinno otrzymać dużą dawkę bromu (Soltmann); 9) przy ekstubowaniu wszystko powinno być przygotowane do nowej intubacyi.

Kiedy należy ekstubować? Ścisłych bezwarunkowych wskazań w tym kierunku nie da się nakreślić; natomiast istnieje szereg wskazówek pozwalających nam w przybliżeniu czas ekstubacyi oznaczyć, zwłaszcza jeżeli kilka tych wskazówek możemy stwierdzić równocześnie. Do ważniejszych należą: 1) ukończenie procesu zapalnego w połyku, zniknięcie nalotów i zblednięcie błony śluzowej; 2) równy i spokojny oddech; 3) brak szmerów dodatkowych, pozwalających wnosić o ścieśnieniu dróg oddechowych; 4) wreszcie wiek dziecka, według którego można w przybliżeniu oznaczyć czas pozostawania tubusa w krtani. U dzieci 1—2-letnich czas ten wynosi w przybliżeniu 2 do 4 dni, u dzieci 2—4-letnich 3 do 6 dni, zaś u 5-letnich i starszych 3—4 dni.

Na zakończenie poświęca autor osobny ustęp intubacyi w praktyce pozaszpitalnej. Oczywiście tutaj wszystkie powyżej wymienione wskazania i warunki powinny być tembardziej z jaknajwiększą rozwagą i dokładnością roztrząsane. W przypadkach, w których można rozpoznać odrywające się strzępy błon w tchawicy, lepiej odrazu zaniechać intubacyi, niż narażać dziecko na nagłe zatkanie tubusa bez możności natychmiastowej pomocy lekarskiej. W każdym razie nieustający nadzór doświadczonej w tym kierunku osoby jest niezbędny. *Dr. T. Żeleński.*

Brockaert. **Zastosowanie wtrzykiwań parafiny w okulistyce.** (*Die ophtalmologische Klinik* 1902, Nr. 3). Autor na podstawie opisanych przypadków przychodzi do przekonania, że metoda Gersuny-Eckstein'a, przyjęta dzisiaj w chirurgii, może w okulistyce znaleźć zastosowanie. Gersuny wstrzykiwał zapomocą strzykawki Pravaza wyjałowioną mięszaninę waseliny i parafiny pod skórę lub błonę śluzową. Punkt jej topliwości wynosi 38—40° C. W okulistyce pierwszy użył tej metody Rohmer, wstrzykując parafinę pod spojówkę chorym, u których wykonano wyłuszczenie gałki. Ponieważ wkrótce opisano dwa przypadki zatoru płucnego, powstałego z powodu przedostania się kuleczek tłuszczu do ogólnego obiegu krwi, Eckstein postanowił użyć do tego parafiny o wyższym punkcie wrzenia, gdyż ta po wstrzyknięciu natychmiast twardnieje i nie może dostać się do naczyń. Przeprowadził doświadczenia na królikach, a następnie używał tej metody do wytwarzania wypukłości w oczodole, na której szklane oko znalazło należyte oparcie. Dalej zastosował tę metodę u pacyenta z obustronnym *epicanthus*. Po wstrzyknięciu odpowiedniej ilości parafiny pod skórę na grzbiecie nosa i po nadaniu tej plastycznej masie odpowiedniej formy, *epicanthus* wygładził się, a zniekształtnienie nosa znikło.

Dr. August Dybuś-Jaworski.

Dr. Stoewer. **O śródgałkowych guzach rzekomych w wieku dziecięcym.** (*Archiv f. Augenheilkunde* 1902, XLV, I). Autor opisuje dokładnie dwa przypadki, w których na podstawie obrazu klinicznego rozpoznawano nowotwór śródgałkowy. Po wyjęciu oka i zbadaniu mikroskopowem okazało się w przypadku pierwszym u dziecka 3½ miesięcznego przewlekłe zapalenie ciałka rzęskowego, oderwanie siatkówki i naczyniówki od brzegu tarczy nerwu wzrokowego, co tylko mogło nastąpić wskutek urazu tępego w oko. W drugim przypadku u dziecka, które przed trzema laty zostało kijem uderzone w oko i wtenczas stwierdzono pęknięcie naczyniówki, również badanie mikroskopowe dopiero wykazało, że wszystkie zmiany, które przed wyłuszczeniem przedstawiały obraz kliniczny nowotworu w gałce ocznej, powstały wskutek zwyrodnienia ścian naczyń krwionośnych i ztąd wynikłych częstych krwotoków śródgałkowych. *Dr. Jan Kreutz.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dormiol. (*E. Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Według ostatnich badań (Holz, Powell, Stern, Munk, Bodenstein, Dornblüth, Max Fischer i t. d.) dormiol jest bardzo skutecznym środkiem nasennym. Nie posiada szkodliwego działania wodnika chloralu na narząd krążenia i oddechania, ani też przykrego smaku paraldehydu i wodnika amylowego. Sprowadza sen po niespełna godzinie (podczas gdy sulfonal dopiero po kilku godzinach); sen trwa 5 do 8 godzin; po przebudzeniu brak wszelkich niemiłych przypadów. Na łaknienie, ani na czynność jelit ujemnego wpływu nie wywiera; owszem, według Munka, uspokaja wzmożone, bolesne ruchy robaczkowe. Przy bezsenności wskutek silnych bólów sam dormiol nie odnosi skutku i należy go łączyć z środkami uśmierzającymi ból. Najwygodniej przepisywać w kapsułkach:

Rp. Capsular. Dormioli quarum una contineat 0·5 grm. dormioli Nr. X. S. 1—2—3 kapsułki dziennie. Cena 1 grm. = około pięć halerzy. *Dr. T. Ż.*

Hedonal. (*E. Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Według dzisiejszych badań nadaje się głównie do zwalczania lżejszego stopnia bezsenności. E. Müller (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1901, Nr. 10) tak streszcza wyniki swoich badań nad hedonalem: w dawce 2—3 grm. jest nieszkodliwym lekiem nasennym, nadaje się głównie w przypadkach bezsenności z powodu podniecenia psychicznego; działanie jest dość niepewne i zużywa się tak, że po dłuższem stosowaniu nawet dawka 5 grm. nie odnosi skutku. W przypadkach ciężkiej bezsenności wartość hedonalu jest bardzo

wątpliwa. Uboczne objawy przy stosowaniu hedonalu nie są niebezpieczne, i tylko w przypadkach idyosynkrazyi ze strony chorego wymagają przerwania leczenia; wtedy zwykle mamy do czynienia z nadmiernie wzmożonem moczeniem i bardzo przykremi nudnościami. Po cofnięciu środka objawy te szybko mijają. Smak leku bardzo przykry. Pod względem siły działania hedonal stoi o wiele niżej od sulfonalu, trionalu, wodnika chloralu i wodnika amylowego. Dr. Marburger (*Pester med. chir. Presse* 1901, Nr. 52) stosował z dobrym skutkiem hedonal w przebiegu gruźlicy płuc, chorób serca i nerek; również u nałogowych pijaków; — bez skutku w wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem. Bardzo dobre usługi oddać może hedonal w praktyce chirurgicznej dla sprowadzenia snu w nocy przedoperacyjnej, zwykle bezsennej, jak również w nocy następującej po operacyi. Tam zwłaszcza, gdzie po chloroformie nie było wymiotów, hedonal ma działać bardzo dobrze.

Stosować lek ten najlepiej wewnętrznie, w opłatku; w ostatnich czasach pojawiły się w handlu pastylki hedonalowe, zawierające 0·5 grm. hedonalu. Cena środka 1 grm. = 40 halerzy.

Dr. T. Ż.

VI. Sprawy Towarzyswt lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 18 kwietnia 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij, — obecnych członków 55.

1. Kol. przewodniczący poświęca wspomnienie zmarłemu członkowi Drowi Kubickiemu — obecni przez powstanie uczcili jego pamięć.

2. Kol. Łukasiewicz przedstawia rzadki okaz gruzlicy brodawkowej skóry *(Tuberculosis verrucosa cutis).*

3. Kol. Rencki przedstawia ponownie i omawia przypadek z kliniki lekarskiej akromegalii, demonstrowany 23 listopada 1900 (»*Przegl. lek.*« Nr. 51).

S. K. zarobnik z pod Stryja skarży się i obecnie na bóle i zawroty głowy, do czego w ostatnich czasach dołączył się szum w uszach. Ogólnie osłabiony nie jest zdolnym do żadnej pracy, w kończynach doznaje uczucia »ścierpnienia«, a od kilku miesięcy pojawił się obrzęk kończyn dolnych, który utrzymuje się do obecnej chwili. Pragnienie wzmożone, choć w mniejszym niż dawniej stopniu, łaknienie również znaczne. Żucie pokarmów sprawia choremu trudności z powodu chwiania się zębów i bólu zębów. Wzrok upośledzony w tym samym stopniu, co dawniej.

Porównując obecny stan chorego z dawniejszym, stwierdzamy, że odżywienie jego nieco tylko gorsze, skóra natomiast bledsza z odcieniem ziemistym, na policzkach pomarszczona w grube fałdy i zgrubiała. Twarz w całości grubsza, nos większy niż był poprzednio, wargi grubsze. Obwód czaszki wynosi 58 cm. Największe zmiany stwierdzamy obecnie w zakresie szczęki dolnej. Szczęka ta jest daleko większa i grubsza, niż była dawniej, występuje więcej naprzód przed szczękę górną, a skutkiem jej ogólnego przerostu zęby zostały od siebie rozsunięte tak, że pomiędzy poszczególnymi zębami widnieją kilkomilimetrowe szczeliny. Dziąsła rozpulchnione, zęby chwieją się.

Smak i powonienie bez zmian; badanie ócz wykazuje obraz ten sam co dawniej: zanik częściowy nerwu wzrokowego oraz *hemianopsiu bitemporalis.*

W płucach objawy suchego nieżytu. Tony serca głuche, tętno słabo napięte, 84. Wątroba sięga na dwa palce poniżej łuku, miękka, bolesna, śledziona macalna, dość twarda, sięga na jeden palec poniżej łuku. Obustronna przepuklina pachwinowa; na kończynach dolnych obrzęk podskórny, który zajmuje podudzia; odruchy kolanowe nieco osłabione.

Badanie krwi wykazuje: c. cz. 4,80 mil. c. b: 4800; hemogl. 72%, neutrof. 66%; limfocyty 18·5, jednojądrzaste 7%, przejściowe 2%, eozynochł: 6·5%. Mocz c. g. 1030 bez białka, zawiera 5·1% cukru.

Omawiając przed 1½ r. ten przypadek akromegalii, podnieśliśmy objawy guza przysadki mózgowej; dzisiaj stwierdzamy je ponownie. Długość trwania sprawy chorobowej (przeszło 4 lata) dzisiaj jeszcze więcej przemawia za rozrostem (hyperplasia) przysadki mózgowej, aniżeli za nowotworowem jej zajęciem.

Dyskusya: Kol. Prus nie sądzi, żeby w tym przypadku zachodziła potrzeba przypuszczać nowotwór mózgu, bo byłyby jeszcze inne objawy. Kol. Rencki wyjaśnia, że wyraził tylko możliwość takiego przypuszczenia, bo i takie przypadki są opisane, n. p. przez Mendla.

4. Kol. Eljasz-Radzikowski przedstawia chorego wyleczonego z tężca: W 10 dni po skaleczeniu się w palec wielki ręki lewej wystąpił tężec. Charakterystycznem znamieniem przypadku było, że skurcze mięśniowe występowały w wyższym stopniu po stronie lewej i w mięśniach bliszych urazu, a więc tak jak bywa w tężcu u zwierząt. Powodem tego może być uraz, który sięgał głęboko w mięśnie i zakażenie bezpośrednie przez tkankę mięśniową, w myśl nowszych doświadczeń na zwierzętach. Leczenie polegało na wstrzykiwaniu zawiesiny mózgu króliczego sposobem Krokiewicza, z modyfikacyą Schramma. Wstrzykiwań razem zrobiono pięć, w odstępach od 1, 3, 4, 5 dni. W miejscu wstrzyknięcia nigdzie żadnego odczynu nie było.

Po wstrzyknięciu następowała wybitna ulga podmiotowo a przedmiotowo zwolnienie napięcia mięśni. Przypadek był nie najcięższy, ale dosyć ciężki.

Po ustąpieniu tężca pozostało zesztywnienie w stawie barkowym lewym, oraz utworzyło się skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi w części piersiowej górnej — z wyrównawczem skrzywieniem w części lędźwiowej ku przodowi, oraz skrzywienie boczne prawostronne w górnej części kręgosłupa, — które to zmiany obecnie mają być leczone ortopedycznie. Powodem wykrzywień jest młodociany podatny stan kręgosłupa i większe skurcze mięśniowe po jednej stronie ciała.

Prelegent zachęca do stosowania wstrzykiwań zawiesiny mózgowej, ponieważ łatwiej ją otrzymać, aniżeli antytoksynę tężcową; następnie antytoksyna działać może tylko w pierwszym a najdalej w drugim dniu choroby, a zazwyczaj dopiero później dostaje się przypadek do leczenia.

Działanie lecznicze można sobie wytłómaczyć w ten sposób, że zawiesina mózgowa wiąże pewną część toksyn i przez to oswobadza tkankę nerwową chorego. Dlatego działanie jest przemijające i potrzeba zabieg powtarzać.

Dyskusya: Kol. Feuerstein miał przed kilku laty przypadek tężca ciężkiego, który wyleczył się bez żadnego leczenia, zatem w ocenieniu wartości zawiesiny mózgowej trzeba być ostrożnym. Kol. Ziembicki leczył 2 przypadki tym sposobem, jednakże z wynikiem ujemnym. Po wstrzyknięciu spostrzegł tylko podmiotowe polepszenie. Kol. Obtułowicz opisuje jeden przypadek, który wyleczył się przy podawaniu chloralu. Kol. Herman bezskutecznie wstrzykiwał zawiesinę mózgową. Kol. Franke podaje, że jeden z lekarzy berlińskich opisał przypadek tężca, gdzie wstrzykiwanie antytoksyny wywoływało pogorszenie, a dopiero wstrzyknięcie zawiesiny mózgowej dało wynik pomyślny.

5. Kol. Prus opisuje i przedstawia chorego, u którego od 5 lat istnieją kurcze drgawkowe w zakresie nerwu dodatkowego Willizyusza, splotu karkowego i barkowego lewego, głowy tułowia i lewej kończyny górnej. Kurcze te ustają tylko we śnie, a chory tylko za pomocą odpowiedniego przyrządu może rozmiary tych kurczów zmniejszyć. Rozpoznanie jest niepewne. Prus przypuszcza, że mamy tu do czynienia ze schorzeniem móżdżku. (»Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«.),

Dyskusya: Kol. Świtalski widział podobny przypadek, trwający 25 lat, na oddziale Marie w Paryżu.

6. Kol. Merunowicz zdaje sprawę z konferencyi odbytej w Krakowie w sprawach stanu lekarskiego i czyni wniosek, żeby upoważnić wydział Tow. lekarskiego do wniesienia petycyi, popierającej zasadniczo petycyę Towarzystwa samopomocy lekarzy w sprawie ubezpieczenia lekarzy na starość, oraz zabezpieczenia wdów i sierot.

Wniosek ten przyjęto. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 2. maja 1902.

Przewodniczący kol. Jasiński, — obecnych członków 29.

1. Kol. przewodniczący poświęca wspomnienie zmarłemu członkowi ś. p. Pawlikowskiemu; obecni przez powstanie uczcili jego pamięć.

2. Kol. Brejter wygłosił odczyt p. n. »Ciąża, poród i połóg u osób dotkniętych wadą serca«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Kol. Prus zwraca się przeciwko teleologicznemu pojęciu przerostu serca przez prelegenta i sądzi, że w czasie ciąży fizyologicznej przerost serca istnieje, jako następstwo podniesienia przepony

i mechanicznego utrudnienia akcyi serca. Zdaniem kol. Prusa z wiekiem zwiększa się niebezpieczeństwo porodu u osób obarczonych wadą serca. Kol. Fels jest za postępowaniem zachowawczem, które daje dobre wyniki. Kol. Bylicki podaje, że badania anatomiczne ostatnich lat stwierdziły, iż przerost serca u ciężarnych stanowczo istnieje. Kol. Obtułowicz przytacza przypadek z własnej praktyki, w którym z powodu dychawicy oskrzelowej *(Asthma bronchiale)* musiał o miesiąc przyspieszyć poród bliźniaczy. Wynik był zupełnie pomyślny. Kol. Stauber zapytuje prelegenta, czy używał terapeutycznie wdychiwań tlenu. Kolega Mars obstaje za twierdzeniem prelegenta i sądzi, że sprawa fizyologiczna, jak ciąża, nie może wywołać sprawy patologicznej, jaką jest przerost serca.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Ruff, sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie budowy schroniska na 500 umysłowo-chorych.

(Uchwała krajowej Rady zdrowia według referatu Dra *Wiktora Opolskiego,* c. k. radcy Rządu).

(Ciąg dalszy).

Sprawa warunków bytu lekarzy psychiatrycznych łączy się więc bez zaprzeczenia ściśle z rozwojem opieki zawodowej nad instytucyami psychiatrycznemi i ich świetnością.

Wobec niebezpieczeństw tego zawodu, ofiar, jakich on wymaga i wielu niedogodności życiowych, związanych z tym działem praktyki lekarskiej, musimy również postawić za warunek poniekąd zasadniczy dla rozwoju naszego jedynego zakładu krajowego, stopniowe uregulowanie jego spraw osobowych.

Na zachodzie chętniej garną się młodzi lekarze do stałej działalności na polu psychiatrycznem, wiedzą bowiem, że za poświęcenie swe znajdą dla siebie i dla swoich rodzin byt wolny od troski. Boć poświęceniem jest żywot wśród społeczności duchowo i umysłowo wypaczonej, gdzie przy wydarzających się znienacka napaściach ludzi, opętanych przez obłędne myśli i wyobrażenia, może lekarza spotkać okaleczenie na ciele z utratą zdrowia lub zgoła i życia; poświęceniem jest narażanie się na następstwa ciągłego obcowania z obłąkanymi, gdyż z powodzi psychicznych zboczeń może pewna część ich doń przylgnąć i zaszczepiając powoli w umyśle zarodki choroby, którą on z powołania studyował i zwalczał u drugich, spowodować z czasem u mniej odpornych „infekcyę“ psychiczną — stan straszniejszy, niż nawet gwałtowna utrata życia.

Dyrektorzy zakładów alzackiego w Stefansfeld, pruskich zakładów w Alt-Scherbitz i w Hamburgu pobierają płacy rocznej 12 000 koron, w Monachium — 9.000. Do tych normalnych płac nie wliczamy dodatków *in natura* i pieniężnych z różnych tytułów. Dyrektorowie publicznych zakładów francuskich i angielskich otrzymują 16—20.000 koron rocznie.

Płaca zaś lekarzy ordynujących, równych stanowiskiem prymaryuszom zakładu kulparkowskiego, wynosi w zakładach, wyżej imiennie przytoczonych, ponad 4—6000 koron prócz poborów w naturze.

Krajowa Rada zdrowia żałuje, że wobec braku danych nie może wyrazić zdania o jakości i przydatności terenu do budowy pawilonów. Również nie jest jej wiadomem, czy podjęto badania w tym kierunku, a na wypadek nieprzepuszczalnego gruntu, jakim jest notorycznie obszar pod budowę dotychczas zajęty, czy objęto projektem dokładne odwodnienie terenu, oraz w razie trudnego osuszenia czy rozważono, ażali ze względów sanitarnych nie byłoby odpowiedniej stawiać pawilony na północny zachód od zakładu centralnego, na obszarze zajętym pod budynki gospodarcze. Obszar ten ma najzdrowsze położenie i wznoszący się ponad całem terytoryum, należącem do zakładu, daje rozległy widok. Ubolewać należy, że tego pięknie położonego placu użyto dla stajen, obory, chlewów i na skład nawozu, ze szkodą dla zdrowia mieszkańców zakładu. Przy wietrze północnym i zachodnim wstrętna woń, wprost zatruwająca powietrze, rozchodzi się wszędzie i zapowietrza cały zakład.

Gnojarnia bydlęca jest tam zarazem zbiornikiem zakałów ludzkich z całego zakładu. Tam wywożą wszelkie nieczystości gwoli uzyskania bardziej użyźniającego obornika. Ciekłe części całego depozytu gnojarni spływają otwartym rowem do filtru, znajdującego się poniżej centralnego zakładu, zkąd zatrzymany tu gąszcz kałowy wraca napowrót do gnojarni. Obok rowu spływa woda zaskórna drenami do cysterny, położonej przy zachodniej stronie głównego budynku zakładowego. Te ekonomiczne urządzenia mogłyby prosperować z równą korzyścią dla celów gospodarczych bez sprowadzania stosunków dla zdrowia ludzkiego wielce niehygienicznych, gdyby zarząd budynki gospodarskie założył z przeciwnej strony zakładu, poza tyłami domu administracyjnego. Teren zakładowy, nachylający się tutaj ku budynkom centralnym, zostałby przez to zabezpieczony od zaciekania treści gnojarni i zapowietrzenia tem samem całego zakładu w dniach słonecznych, jakoteż od zanieczyszczania drogą infiltracyi gruntowej stanowisk wody użytkowej.

Do wspomnianych wadliwości w ustroju zakładowym w Kulparkowie doliczyć należy jeszcze niedostatek wody zdrowej. Studnia zakładowa daje wodę twardą, zawiera dużo soli wapiennych, do picia nie nadaje się. Wodę do picia dowozi się ze studni, odległej prawie o kilometr.

Zakład bierze nadto wodę dla potrzeb gospodarskich ze stawku, który leży za budynkami gospodarskimi i z cysterny, w której się zbiera woda domowa.

Stoimy wobec stanu pocieszającego, że zakład kulparkowski zostanie rozszerzony. Nieprzesądzając ostatecznego postanowienia Wydziału krajowego co do przeznaczenia pawilonów, stwierdzamy, że z otwarciem nowych budynków zapobiegnie się przepełnieniu zakładu kulparkowskiego tylko na razie, zanim ponownie nie pojawi się przepełnienie siłą faktu, że liczba umysłowo chorych z każdym rokiem wszędzie się wzmaga. W Galicyi liczono *(Oesterreichische Wohlfarthseinrichtungen 1848—1898)* w r. 1873 jednego umysłowo chorego na 2491 mieszkańców, a w r. 1896 jednego na 2089. W Czechach np. analogiczny stosunek daje liczby: 1162 i 648. Na Morawach: 1308 i 878. Na Śląsku 1461 i 984. W Istryi 5098 i 1312. W Karyntyi 663 i 564 i t. d. Lecz nie potrzeba takiego widoku, mamy bowiem w naszym kraju mnóstwo chorych, którzy dla wielu powodów stale przebywać powinni w zakładzie detencyjnym, a dostają się doń z zarządzenia władz dopiero po spełnieniu jakiegoś gwałtownego czynu. Od katastrof, spowodowanych tak często przez rozrzuconych pó kraju obłąkanych, nie na długo zostanie społeczeństwo uwolnione pomimo rozszerzenia zakładu w Kulparkowie. Jest ich obecnie znacznie więcej niż 8.000, licząc razem z dotkniętymi niedołęztwem umysłowem o rozmaitej postaci. Z dokonanem rozszerzeniem Kulparkowa znajdzie tam pomieszczenie do 1200 chorych. Po doliczeniu 100 chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie pozostanie zawsze jeszcze przy rodzinach i w gminach więcej niż 6.500 chorych.

Statystyka innych krajów wykazuje, że nie wiele więcej nad połowę ogólnej liczby pozostawać może na wolności bez obawy o bezpieczeństwo publiczne. Takich zatem będzie u nas około 4.000. Z pozostałej połowy można przyjąć około 1500 osób, które tylko czasowo potrzebują leczenia w zakładzie. Reszta obłąkanych, tj. około 2.500, powinna znaleźć w zakładach stałe umieszczenie.

Na tę liczbę składają się przeważnie przypadki chroniczne. Mieści się w niej jednak wielu chorych z formami ostremi, których oddają do zakładu dopiero wtedy, gdy po ustąpieniu przesądu, obawy przed zakładem i po ostudze-

niu uczuć łączności rodzinnej, choroba stała się nieuleczalną.

Kontyngent tych chorych na wolności tworzą tacy, którzy w warunkach życia zakładowego zachowaliby się spokojnie, a w domu wolni od wpływu karności zakładowej i nie znajdując zaspokojenia potrzeb według swoich urojeń i obłędnych myśli, stają się w pożyciu rodzinnem niemożliwymi, wybuchają gniewem i są mściwi. Dalej idą tacy, którzy drażnieni nieoględnie przez swoich, w odporze chorego umysłu wprost zagrażają bezpieczeństwu osób otaczających; tu zaliczają się także tacy, którzy trapieni omamami i złudzeniami zmysłowemi, lub w przystępie obłędu prześladowczego, dopuszczają się czynów gwałtownych, nawet zabójstw, lub też są niebezpieczni dla siebie samych; wreszcie należą tu i tacy, którzy w przewrotności popędu płciowego popełniają okrucieństwa, lub w obłędzie wielkości rujnują majątkowo siebie i swoich, a nawet i tacy, jak nieudolni, ogłupiali, dotknięci matołectwem, którzy bez dążności do samowiednego celu wyrządzają częstokroć nieobliczalne szkody. Wszyscy oni należą do kategoryi chorych, zażywających w schroniskach swobody bądź ograniczonej, bądź zupełnej, dają się bowiem użyć do robót z pożytkiem dla zakładu i dla własnego zdrowia, a na wolności spowodowują dużo nieszczęść.

Rada zdrowia mniema, że kraj ma obowiązek wystawienia odrębnego schroniska na stałą detencyę obłąkanych, dopuszczających się na wolności czynów zbrodniczych, lub u których choroba umysłowa objawi się w śledztwie, albo w domach kary. (Dok. nast.).

Rozporządzenie ministerstwa sprawiedliwości z 9-go listopada 1901 r., odnoszące się do przyznawania kosztów podróży i dyet urzędnikom sanitarnym i weterynarskim, powoływanym przez sądy karne do spełniania czynności urzędowych zamiejscowych. Do wszystkich sądów!

W porozumieniu z ministerstwem spraw wewnętrznych zarządza się:

a) Rachunki krajowych urzędników sanitarnych i weterynarskich, dotyczące kosztów podróży i dyet rzeczoznawców, powołanych do komisyi sądowo-karnej, muszą przed okazaniem ich sądowi być zaopatrzone z ramienia tej władzy politycznej, której rzeczoznawca podlega, klauzulą, potwierdzającą, że rzeczoznawca w czasie wykonywania swej czynności nie podejmował tej samej podróży urzędowej z polecenia władzy politycznej, lub innej władzy państwowej.

b) Wniesione rachunki winien sąd zebrać i wraz z dziennikiem podróży w sprawach karnych dla odnośnego miesiąca przedłożyć swemu przełożonemu prezydyum sądu krajowego wyższego. Przytem winien sąd dla uniknienia zwłoki baczyć na to, aby równocześnie z dziennikiem podróży w sprawach karnych były przedkładane wszystkie odnośne rachunki krajowych urzędników sanitarnych i weterynarskich.

c) Prezydyum sądu krajowego wyższego winno następnie zarządzić przyznanie policzonych przez krajowych urzędników sanitarnych i weterynarskich kosztów przez polityczną władzę krajową, względnie jej departament rachunkowy, stosownie do przepisów o wymiarze należytości za podróże służbowe, podjęte przez urzędników krajowych dla innych gałęzi urzędowych (Rozp. min. skarbu z 5-go stycznia 1875, L. 34.955, Dz. rozp. min. skarbu Nr. 1 i rozp. min. sprawiedl. z 5-go maja 1895, Dz. rozp. min. sprawiedl. Nr. 8).

W tym celu, jakoteż dla uniknienia wszelkiej zwłoki, zaleca się, ażeby prezydyum sądu krajowego wyższego po przyznaniu funkcyonaryuszom sądowym należytości za podróż, ale jeszcze przed załączeniem polecenia wypłaty, przesłało akt wraz z rachunkami w krótkiej drodze politycznej władzy krajowej, celem przejrzenia i dołączenia klauzuli adjustacyjnej.

d) Po otrzymaniu z powrotem rachunków, zaopatrzonych klauzulą adjustacyjną politycznej władzy krajowej (względnie jej departamentu rachunkowego), winno prezydyum sądu krajowego wyższego zarządzić wszystko, co potrzebne do wypłacenia przyznanych kosztów podróży i dyet.

e) Rozporządzenie niniejsze nie narusza przepisów o wymiarze przez sądy tych należytości, które przypadają urzędnikom krajowym sanitarnym i weterynarskim za ich funkcye ściśle sądowo-lekarskie: (badanie, orzeczenie i t. p.). *Spens w. r.*

Należytości dniowe lekarzy prywatnych. Odnośnie do postawionego pytania rozstrzygnęło ministerstwo sprawiedliwości rozporządzeniem z dnia 14-go września 1901, L. 17.417.

Stosownie do rozporządzenia z 20 marca 1901 r. Dz. U. P. Nr. 34, §. 1, poz. 17 winno się należytości dniowe zatrudnionych przez państwo lekarzy obliczać według ich rangi; u wszystkich innych, powoływanych jako rzeczoznawców, należy je oznaczać według rangi IX-ej, t. j. według rozporządzenia ministeryalnego z 18-go czerwca 1873, Dz. u. p. Nr. 115 w kwocie 8 koron, ponieważ ograniczenie dotyczące podróży urzędników w okręgu urzędowym, zalecone rozporządzeniem ministeryalnem z 28 września 1858, Dz. U. P. Nr. 166 z natury rzeczy nie może być stosowanem do lekarzy prywatnych.

Taryfa należytości lekarzy sądowych. Wskutek wniesionego zażalenia objaśniło ministerstwo sprawiedliwości taryfę należytości z 20-go marca 1901, Dz. U. P. Nr. 34, rozporządzeniem z 30 kwietnia 1901, L. 18.560 w tym duchu, że należytość za badanie wziernikiem ocznym stosownie do okoliczności winna być wymierzaną według pozycyi taryfy A 1, c. i 2, c. w wysokości od 10 do 20 koron, albo według §. 8, L. 2 taryfy należytości, w żadnym jednak razie poniżej 10 koron.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 czerwca.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Edw. Korczyński przedstawił wnioski dotyczące ochrony i popierania krajowych zdrojowisk i przetworów zdrojowych; 2) kol. Kędzior podał treść swej rozprawy: »O leczeniu błednicy«; 3) koledzy: Edw. Korczyński i Kwiatkowski przedstawili rzadsze przypadki chorobowe, preparaty drobnowidowe i tablice ikonograficzne z krakowskiej kliniki lekarskiej.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego U. J. na przyszły rok szkolny wybrany został prof. O. Bujwid.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w U. J. otrzymali: Henryk Zawadzki i Maryan Tempka.

* Pierwszego czerwca w obecności ministrów Körbera i Hartla, oraz wielu członków Wydziału lekarskiego, odbyła się w Wiedniu narada co do utworzenia związku opieki nad chorymi na płuca. Prezydent ministrów oświadczył, że opieka taka jest obowiązkiem państwa, krajów i miast i przyrzekł współudział rządu w granicach zakreślonych ustawą. Organizacya związku ma nastąpić w jesieni.

* Ministeryum obrony krajowej zamierza istniejące przy pułkach »oddziały chorych« zamienić na I) szpitale wojskowe: we Lwowie (60 łóżek), Krakowie (40 ł.), Przemyślu (30 ł.), Rzeszowie (50 ł.), Jarosławiu (40 ł.), Stanisławowie (30 ł.), Kołomyi (30 ł.) i Złoczowie (30 ł.). II) na domy chorych *(Marodenhäuser)* w Nowym Sączu (20 ł.), Tarnowie (10 ł.), Sanoku (10 ł.), Stryju (10 ł.) i Samborze (10 ł.).

* Wśród kandydatów, ubiegających się o katedrę kliniki chirurgicznej w wojskowej petersburgskiej Akademii lekarskiej, znajdujemy nazwisko profesora Ziemackiego.

* Między lekarzami wiedeńskimi powstała myśl założenia w Austro-Węgrzech klubu dla historyi medycyny; trudniącym się tym przedmiotem rozesłano okólnik, z prośbą o wypowiedzenie swego zdania o potrzebie i pożytku takiego klubu. Od treści odpowiedzi na ten okólnik zależeć będzie urzeczywistnienie zamierzonego projektu. Adresować odpowiedzi należy do Doc. Dra Maxa Neuburgera *(Wien, VI, Kollergerngasse, 3)* lub do Doc. Dra Roberta v. Töply k. u. k. Stabsarzt *(Wien, III/I, Barichgasse, 3)*.

* Sąd obwodowy w Korneuburgu wydał wyrok, posiadający znaczenie zasadnicze: lekarz X. został wezwany na świadka; w przebiegu rozprawy był tak pytany przez sędziego, że musiał odpowiadać już nie w charakterze świadka, lecz biegłego, w następstwie czego zażądał prawnie zastrzeżonego wynagrodzenia; sąd powiatowy żądaniu temu odmówił; lekarz apelował do sądu obwodowego, który mu przyznał słuszność.

* Slovanská Bibliografie lékařská (Ročnik II, Zeszyt 3 i 4. kwartał III i IV), pióra niestrudzonego i zasłużonego Dra Jana Semerada, opuściła prasę, stanowiąc tom o 548 stronach białego druku. Dzieło to jest jednym z naocznych dowodów, jak wielkim i płodnym współczynnikiem w umysłowym rozwoju świata są już dziś narody słowiańskie. Dr. Semerad pracuje za nas wszystkich i zasługuje na ogólne poparcie i dobrze zasłużoną wdzięczność.

* Czasopisma amerykańskie zastanawiają się nad sprawą, jakie honoraryum należy się lekarzowi za poradę drogą telefoniczną, większe czy mniejsze w stosunku do honoraryum za poradę, połączoną z osobistem badaniem chorego? radząc drogą telefoniczną lekarz bierze na siebie większą odpowiedzialność, natomiast zyskuje na czasie. Dzienniki amerykańskie nie dotykają tak ważnego pytania, czy udzielanie porady lekarskiej bez badania i widzenia chorego jest rzeczą sumienną?

* Senat uniwersytecki w Getyndze postanowił jednomyślnie nie imatrykulować kobiet.

* W Aleksandryi znowu pojawia się więcej przypadków moru: w 3-im tygodniu majowym było ich 9, z których 7 zakończyło się śmiercią.

* Między 28 a 3 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gminy), drohobyckim (2 gm.), kałuskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), niskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), rohatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), wadowickim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 49; w tygodniu poprzedzającym 146.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXII (25—31—V). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 14, urodziło się dzieci 52, zmarło osób 76, mianowicie: z gruźlicy 19 (7 zam.), z zapalenia płuc 5, z płonicy 6 (3 zam.), z cholery dzieci 5.

Mianowania i odznaczenia. Asystentem kliniki dermatologicznej U. J. mianowany został Dr. J. Pacyna, elewem zaś Dr. J. Lenartowicz, Dr. Kutner, specyalista chorób dróg moczowych, mianowany został profesorem w Berlinie. Dr. Scott mian. został profesorem chorób wewn. w Filadelfii. Nadzwyczajni profesorowie kijowskiego Uniwersytetu: Obrazcew (patologia i terapia szczegółowa) i Orłow (higiena) mianowani profesorami zwyczajnymi.

Nekrologia. W Kijowie zmarł prof. anatomii Tichomirow. Dr. Stanisław Kupiński, lat 68, zmarł w Petersburgu. Dr. Paweł Siemiganowski, lat 69, zakończył życie w Lublinie. W Lipsku zmarł w 63 roku życia prof. Schiller, zasłużony na polu higieny szkolnej.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (za m. maj). Bednarski: Patologia syderozy gałki. Kuropatwiński: Przypadek zwichnięcia powikłanego gruczołu łzowego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 24. Rydygier: O leczeniu złośliwych nowotworów odbytnicy. Bernhardt: Dalsze dwa przypadki wieloličznych samoistnych mięsaków barwnikowych skóry. J. Jaworski: W sprawie dokonywania embryotomii uwag kilka.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 6. Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali (c. d.). Fidler: Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gubernii radomskiej (c. d.). S. Sterling: O nadużywaniu mleka w dyecie chorych.

— *Medycyna* Nr. 24. Koenigstein: Dwa rzadkie przypadki wilka błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych. Goldflam: O pierwszym objawie wiądu i o znaczeniu odruchu ze ścięgna Achillesa (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 24. Lhoták: O fysiologické kontraktuře. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 6. Čačković: Peta stotina laparatomija na odjelu za chiruržke i ženske bolesti bolnice milosrdnich sestara u Zagrebu (c. d.). Car: O osobitom slučaju abnormalnog sacruma kod čovjeka. Katičić: O lečenju trachoma.

— *La Presse medicale* Nr. 46. Bérard i Viannay: Rany serca zadane przez pociski rewolwerowe. Tollemer: Wstrząs od prądu elektrycznego.

— Nr. 47. Chaput: Rozmaite metody znieczulenia chirurgicznego. Zimmern: Leczenie odruchowych zaników mięśniowych pochodzenia stawowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 24. Riether: Złamanie obojczyka u noworodków przy porodzie dobrowolnym. Chiari: O naczyniakach limfatycznych i krwawych w krtani i o sprawach zapalnych im towarzyszących. Kokoris: Doświadczenia nad operacyą kamieni pęcherzowych. Rzut oka wstecz na 130 przypadków operowanych, oraz próba ustalenia wskazań dla rozmaitych metod operacyjnych. Cominotti: Tętniak u podstawy serca wielkości pięści.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23. Lesser: Małżeństwo a choroby weneryczne. Strauss: O czynności nerek oczyszczającej krew. Rosenfeld: Ostre wstępujące porażenie w chorobie Bassedowa. Veit: O białkomoczu w ciąży (dok.). Sommerfeld i Röder: O analizie osmotycznej moczu osesków przy rozmaitych metodach żywienia (dokończ.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 23. Galli: O wydolności serca. Pessl: O rozległem zwapnieniu ściany ograniczonego tętniaka serca. Walz: Przyczynek do wiedzy o torbielach pępka. Fleiner: O leczeniu wrzodu żołądka (c. d.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 24. Strube: Przyczynek do metody wykazania krwi i białka drogą biologiczną. Minovici: O nowej metodzie rozróżniania krwi za pomocą surowicy. Askanazy: O patologiczno-anatomicznem działaniu bąblowca w mózgu. Strubell: Leczenie wąglika. Schultze: Uwagi nad powyższym artykułem. Putermann: W sprawie występowania zatorów płucnych po złamaniach kości.

Redakcya otrzymała. Rogoziński: O fizyologicznej rezorbcyi bakteryi z jelita. Spira: 1) Ocena pracy Heimana: »Krankheiten des Gehörorgans«, wydanej, jak wiadomo, w języku polskim. 2) Wyciągi z prac otyatrycznych, które wyszły w czasopismach polskich. L. Korczyński: Ueber den Einfluss der Gewürze auf die secretorische und motorische Thätigkeit des Magens.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 25 czerwca, o godz. 6-tej wieczorem, ***w klinice położniczo-ginekologicznej*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. Dobrowolski o przypadkach operowanych w bieżącym roku w klinice prof. Jordana drogą cięcia pochwowego; 2) kol. Stankiewicz — o przypadkach mięsaka trzonu macicy; 3) kol. Wojciechowski — o przypadku zakażenia połogowego, leczonego wyjęciem macicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**